

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HYSTÉRO-TRAUMATISME

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Lundi 6 Janvier 1890

PAR

Nicolas-Jules COSSERAT

Né le 24 Septembre 1859, à Rozelieures (Meurthe)

EX-SERGENT DE VISITE A LA 15^e SECTION D'INFIRMIERS MILITAIRES

Décoré de la Médaille militaire

De la Médaille du Tonkin et de l'Ordre du Cambodge

Examineurs : { MM. BERNHEIM, *Président*.
SPILLMANN, professeur.
SCHMITT, agrégé.
SIMON, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

E. DESTÉ, ÉDITEUR, 10, RUE DE THIONVILLE

—
1890



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0022

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HYSTÉRO-TRAUMATISME

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Lundi 6 Janvier 1890

PAR

Nicolas-Jules COSSERAT

Né le 24 Septembre 1859, à Rozelieures (Meurthe)

EX-SERGENT DE VISITE A LA 15^e SECTION D'INFIRMIERS MILITAIRES

Décoré de la Médaille militaire

De la Médaille du Tonkin et de l'Ordre du Cambodge

Examineurs : { MM. BERNHEIM, *Président*.
SPILLMANN, professeur.
SCHMITT, agrégé.
SIMON, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

E. DESTÉ, ÉDITEUR, 10, RUE DE THIONVILLE

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, A O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O, COZE *, I O

V. PARISOT *, I O, HERRGOTT *, I O, ROUSSEL *, I O, DEMANGE *, I O, BÉCHET, I O

Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques..	M. FELTZ *, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, A O, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ *, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, A O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, A O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements...	{ M. A. HERRGOTT, A O, professeur.
	{ M. E. PARISOT, A O, professeur adjoint.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Histologie.....	M. BARABAN, A O, agrégé, chargé du cours.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours.
Matière médicale et Thérapeutique.....	M. SCHMITT A O, agrégé, ch. du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. SCHMITT, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT, A O.	MM. RENÉ, A O.	MM. SIMON.
ROHMER, A O.	NICOLAS.	REMY.
BARABAN, A O.	VAUTRIN.	P. PARISOT.
GUÉRIN.		

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

Nancy. — Imp. A. Nicolle, 25, rue de la Pépinière.

A MA FIANCÉE

A NOS DEUX FAMILLES

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE AUGUSTE POIROT
ET A SA FAMILLE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE SÉRAPHIN POIROT
ET A SA FAMILLE

A TOUS MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES ANCIENS COMPAGNONS D'ARMES (OFFICIERS ET SOLDATS)
DANS L'EXPÉDITION DU TONKIN

« Vivis et mortuis »

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

A MES MAÎTRES EN CLINIQUE
MESSIEURS LES PROFESSEURS GROSS, A. HERRGOTT,
SPILLMANN ET HEYDENREICH

A TOUS MES AUTRES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

INTRODUCTION

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, qu'il nous soit permis de nous rappeler la bienveillance et les encouragements dont nos Maîtres de la Faculté de Nancy ont bien voulu soutenir nos efforts lorsque nous avons dû reprendre, après des années d'interruption, nos études médicales. Nous n'oublierons pas qu'ils nous ont ainsi rendu notre tâche plus facile et nous aimons à leur adresser ici, publiquement, à tous et à chacun, le tribut de notre respectueuse reconnaissance.

Pendant le cours de l'année 1889, nous avons eu l'occasion de voir dans le service de médecine de M. le professeur Spillmann, le malade Big..., qui fait l'objet de notre observation XXIV. — Notre maître, dont nous avons déjà éprouvé la bienveillance pendant le temps de notre stage dans sa clinique et à l'occasion de nos examens, nous offrit alors d'en faire le point de départ d'une étude que nous présentons aujourd'hui. M. le docteur Haushalter voulut bien nous prêter son concours gracieux pour la rédaction de cette observation et nous guider dans nos premières recherches.

A notre maître, M. le professeur Spillmann, et à M. le docteur Haushalter, son chef de clinique, nous offrons l'assurance de notre particulière gratitude.

M. le professeur Bernheim nous a favorisé de la communication d'un certain nombre d'observations et nous a souvent inspiré dans la rédaction de notre travail ; qu'il accepte de recevoir l'hommage de notre vive reconnaissance.

M. le professeur Demange nous a obligeamment fourni l'observation LXII, nous le prions d'agréer nos remerciements.

Big..., à son entrée à l'hôpital de Nancy, fut admis dans le service de chirurgie de M. le professeur Gross. Il en va ainsi souvent pour le genre de maladie dont nous allons nous occuper. Pris sous un éboulement, le patient ressentait des douleurs très vives au moindre mouvement et l'examen était presque impossible. Lorsqu'on se fut assuré qu'il ne s'agissait pas d'une fracture ou d'une luxation de la colonne vertébrale, devant la persistance des symptômes de la paralysie avec intégrité des fonctions vésicales et rectales, on pensa à une affection de la moëlle provoquée par le traumatisme, affection qui serait plutôt du ressort de la médecine, et on fit passer Big... dans le service de M. le professeur Spillmann. La paraplégie, avec complication de monoplégie brachiale gauche, fit rappeler les noms de railway-spine et de railway-brain (1) et aussi celui d'hystéro-traumatisme.

Disons de suite que l'emploi que nous ferons de ce dernier terme ou de celui d'hystérie traumatique, ne préjuge en rien notre opinion sur la nature des accidents auxquels il s'applique. Nous l'acceptons pour sa concision et parce que c'est une désignation qui tend à être reçue.

Nous avons abordé cette étude sans idée préconçue et avec l'intention de ne demander aux faits que ce qu'ils pourraient nous donner par un raisonnement légitime.

Le nombre des travaux déjà parus sur la question et dont nous citerons les principaux dans notre chapitre: Historique, la multiplicité des observations publiées nous dispensent d'établir d'abord l'existence de ces accidents. On reconnaît maintenant qu'à la suite de traumatismes, graves ou légers, il peut survenir des phénomènes pathologiques, qui, par leur intensité, leurs formes étranges et non en rapport avec ce que nous connaissons des conséquences naturelles d'un trauma, leur durée et parfois leur mode de guérison brusque, ont une histoire naturelle propre et veulent une étude spéciale.

(1) Railway-Spine. — Commotion de la moëlle épinière par accident de chemin de fer.
Railway-Brain. — Commotion cérébrale par accident de chemin de fer.

Il n'y a pas bien longtemps que l'attention s'est portée sur ces faits. Nous verrons dans notre revue de la littérature sur ce sujet que les premiers travaux ne remontent pas au-delà de 1837. Mais ce sont surtout les belles leçons cliniques de M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière, et les discussions des médecins français dans diverses Sociétés savantes, qui, en 1885, ont mis ces accidents à l'ordre du jour.

Après avoir passé en revue, dans les Ecoles anglaise, — française, — et allemande, les opinions diverses des auteurs les plus marquants, nous donnerons les observations, pour la plupart inédites, qui nous ont été communiquées, et nous les ferons suivre du résumé d'un certain nombre d'observations antérieurement publiées et de quelques remarques symptomatologiques qui nous ont paru utiles.

Dans un chapitre suivant nous résumerons l'étiologie, — puis nous aborderons la question délicate de la nature de ces troubles pathologiques.

Nous traiterons ensuite brièvement du diagnostic et du pronostic.

Sous le titre de: Considérations juridiques, nous montrerons l'importance de ces accidents en médecine légale.

Nous consacrerons un chapitre au traitement. Et enfin, ayant donné nos conclusions, nous terminerons par un court index bibliographique, pour lequel nous avons jugé bon de conserver l'ordre que nous avons adopté pour l'historique, c'est-à-dire en séparant les trois écoles: anglo-américaine, française et allemande, et en gardant l'ordre chronologique.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

§ I.

Observés sans doute depuis longtemps, mais considérés comme des conséquences plus ou moins naturelles de certains traumatismes, les accidents qui nous occupent ont été pour la première fois, en 1837, étudiés par le chirurgien *Brodie*, à un point de vue particulier. Suivant cet auteur, des arthralgies diverses et notamment des coxalgies, sans lésion organique des articulations, peuvent se développer à l'occasion d'un traumatisme. Il en décrit la symptomatologie et en fixe le diagnostic, sous le nom d'*hystérie locale* ou d'affection hystérique des jointures. Il montre l'importance de cette conception au point de vue du traitement, et rappelant le rôle du médecin qui est *primo non nocere*, il repousse toutes les tentatives qui ne pourraient qu'irriter le mal ou l'aggraver. Il dit à ce sujet : « Les conseils que j'aurai à vous donner seront le plus souvent d'ordre négatif. Il ne s'agit pas tant en effet de ce que vous devez entreprendre que de ce dont vous devez savoir vous abstenir. »

A cet initiateur se rattachent : *Abercrombie*, qui parle de paralysies et de contractures psychiques ; — *Braid*, qui analyse l'influence des émotions et la puissance de l'imagination sur les phénomènes de l'hypnotisme ; — *Russel Reynolds* (1869) dont nous rapporterons les conclusions suivantes :

1° Quelques-uns des troubles les plus sérieux du système nerveux, tels que paralysies, contractures, douleurs ou toute autre perversion de la sensibilité peuvent dépendre d'un état morbide de l'émotion, de l'idée et de l'émotion, ou de l'idée seule.

2° Ces symptômes peuvent persister longtemps et simuler les maladies les plus graves de la moëlle ou du cerveau.

3° Ils résistent aux traitements les plus divers et disparaissent souvent par la suppression de l'idée erronée.

4° On les rencontre chez des sujets qui ne présentent aucun signe d'aliénation mentale, d'hypochondrie ou d'hystérie.

5° Souvent ils se développent chez des anémiques ou des convalescents.

6° Ils peuvent se greffer sur une maladie organique, si bien qu'il est presque impossible de distinguer ce qui revient à la maladie et ce qui revient à l'état morbide de l'idée.

7° Dans un grand nombre de cas, il est possible de faire le diagnostic de ces accidents.

8° Enfin, les conditions du traitement sont simples, et leur application d'une efficacité merveilleuse.

Skey (in *Lancet* 1863) publie le fait d'une jeune fille hystérique, qui, à la suite d'une chute, resta quelques jours paralysée des bras et des jambes. — Il observe (in *Times medica*, 1866) deux jeunes femmes dont la paralysie s'était montrée à la suite d'une collision de trains ; — l'une d'elles, paraplégique, obtint une indemnité considérable et guérit quelques mois plus tard sans autre traitement que le changement d'air et le régime tonique ; — l'autre avait une hémiplégie d'un côté, une hémiparésie de l'autre, et guérit également en quelques mois.

Erichsen (1866) rapporte une quinzaine d'observations, ayant trait à des accidents de chemin de fer ou autres. Il conclut dans tous les cas à une lésion de la moëlle à laquelle il donne le nom de *railway-spine*. Il se sert indifféremment de la même expression : *spinal concussion*, pour les cas où il y a des lésions organiques et pour ceux où il n'y a que des troubles fonctionnels.

Hodges (1881) pense que le premier groupe peut et doit être séparé du second, et désigné par le nom spécial qui lui convient selon le cas : myélite, méningite, etc., qui comportent une histoire clinique et un pronostic sur lequel on peut compter.

Herbert Page (1883) fait une analyse critique complète de la littérature sur les accidents de chemin de fer, et rapporte en outre 250 cas nouveaux. Les observations de cet auteur ont trait surtout à la neurasthénie, mais Page, qui ne connaissait pas encore l'hystérie masculine, a observé des faits de paralysies se rapportant à celles que l'on provoque dans « l'état mesméri-

que ». Il est tout-à-fait exceptionnel, dit-il, que la moëlle reçoive une lésion quelconque à la suite d'une collision, tant que les os qui la protègent, restent intacts. Avec Page, la lésion se déplace, et devient : *railway-brain*.

En Amérique, *Walton* (1883) retour de la Salpêtrière, montre l'influence du traumatisme et particulièrement des accidents de chemin de fer, sur le développement de l'hystérie.

Il est suivi dans cette voie par *Putnam*, qui reconnaît que l'expression *spinal concussion* est juste sans doute, mais qu'au point de vue du diagnostic elle n'a pas de signification précise. — Des investigations nouvelles, dit-il, limitent la part des lésions organiques, qui sont très rares dans les cas où il y a seulement commotion. Quant aux cas où il s'agit uniquement de troubles fonctionnels, quelques-uns au moins peuvent être attribués, sans crainte d'erreur, à l'hystérie.

L'attention de ces deux auteurs s'est portée surtout sur les troubles de la sensibilité générale et des organes des sens.

Avant de quitter l'Ecole anglo-américaine, citons encore : *Weir-Mitchell* qui étudie, en 1885, les traumatismes de guerre et de chemin de fer, et décrit, comme leur faisant suite, des paralysies, des contractures et des affections douloureuses diverses analogues à celles qui nous occupent.

§ II

En même temps, l'Ecole Française étudiait ces mêmes faits.

Duchenne (de Boulogne) décrit dans son *Electrisation localisée* « la contracture réflexe ascendante par traumatisme articulaire ».

Le professeur *Dubruceil* (de Montpellier) dans ses *Cliniques* de Saint-Eloi, donne trois observations intéressantes.

Dans un livre publié en 1857, *Duchesne* cite le fait suivant : « Dans une rencontre de deux locomotives, un mécanicien et un chauffeur eurent seulement quelques contusions, et plusieurs wagons furent endommagés. Le mécanicien et le chauffeur, enchantés d'avoir échappé à un si grand danger, travaillèrent gaiement jusqu'à cinq heures du matin pour réparer le dégât ; ils burent et mangèrent comme les autres ouvriers. Enfin le mécanicien rentra à son domicile et se coucha. Dix minutes

étaient à peine écoulées, et au moment où, brisé de fatigue, il songeait à s'endormir, que le souvenir de l'accident revint à son esprit; il eut alors une sueur froide, avec un tremblement nerveux de tous les membres, ses dents se choquaient avec violence et il fut plus d'une demi-heure dans ce triste état. Il s'endormit enfin, mais son sommeil fut court et très agité. »

On trouve dans les *Conférences* de *Robert* (1860) plusieurs cas se rapportant à notre sujet, mais l'auteur en termine la relation en avouant l'impossibilité de dire l'altération pathologique dont ils dépendent.

Leudet (1860 et 1874) cite des faits qu'il met sur le compte de la congestion de la moëlle, à la suite de chutes ou d'efforts.

Crolas, dans sa thèse inaugurale (1865), cite une observation de *Tessier* (de Lyon), dans laquelle le traumatisme se trouve signalé comme précédant la contracture, aidée peut-être par les vésicatoires et les badigeonnages iodés, prescrits en vue de la guérison d'une prétendue arthrite légère, qui devient plus tard une contracture franchement hystérique.

Dans un mémoire de *Tardieu* (1871), on peut lire quelques mots sur le sujet, mais la question n'est examinée que d'une façon incomplète.

Dans un cas publié par *Trélat*, dans l'*Union médicale* (1876), le traumatisme est noté dans les antécédents d'une coxalgie reconnue plus tard hystérique; mais il n'est établi aucune relation entre ce traumatisme et la contracture consécutive.

En décembre 1877, M. le professeur *Charcot*, dans une leçon faite à la Salpêtrière, cite plusieurs passages de *Brodie*, et, à l'occasion d'observations nouvelles, signale l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale. — Il reprend cette étude dans les cliniques des années 1885 et 1886 et lui donne un très grand développement. — Nous n'insistons pas ici davantage sur l'œuvre de ce maître, car nous allons avoir à citer les travaux de ses élèves qui ont adopté ses conclusions.

En 1878, *Lasèque* publie, dans un intéressant mémoire, deux cas de contracture hystérique à la suite de traumatismes. — L'auteur fait remarquer que les manifestations de l'hystérie périphérique sont locales, non symétriques, et n'ayant aucune tendance à le devenir. — Il y a une contradiction caractéristique entre l'effet et la cause, une irritation passagère donnant

naissance à un spasme persistant. — Mais, ajoute Lasègue, ne rencontre-t-on cela que dans l'hystérie ? Et il penche à admettre des états hystéroïdes.

Le 25 mars 1885, *Troisier* présenta à la Société des Hôpitaux, un malade nommé Porcenska, cocher, qui, étant tombé de son siège, eut, *quelques jours après*, une monoplégie de la sensibilité et du mouvement dans les parties contusionnées. Dans la discussion intéressante qui suivit, *Joffroy* plaida la cause de l'hystérie. Et, peu après, ce dernier présenta à la même Société, Pineau, et donna à la maladie le nom de paralysie *hystéro-traumatique*.

Le 27 mai de la même année, *Terrillon* amena à la Société de Chirurgie un cocher qui, à la suite d'une chute sur l'épaule droite, eut, *huit jours après*, une paralysie du membre supérieur correspondant, avec anesthésie de l'épaule, — diminution du champ visuel. — Un autre malade, après une chute sur l'épaule, eut une monoplégie avec zones hystérogènes et attaquées.

Le 13 novembre, *Rendu* communiqua à la Société médicale des hôpitaux l'observation de Charles L..., paralysie hystérique avec hémianesthésie sensitive et sensorielle, développée sous l'influence de la compression du plexus brachial, pendant le sommeil, chez un jeune homme bien portant jusque-là, non diathésique, n'ayant jamais eu d'accidents nerveux.

A la même Société, le 27 novembre, *Féréol* présenta M... qui, à la suite d'une plaie de la tête, fut atteint de monoplégie brachiale avec hémianesthésie gauche.

En 1886, paraît l'importante thèse d'agrégation de *Lober* : *Paralysies, contractures et affections douloureuses de cause psychique*, où nous lisons : « Le traumatisme sous toutes les formes, qu'il s'agisse de fatigues musculaires considérables, de contusions, de plaies, de brûlures, etc..., constitue la cause la plus fréquente des troubles moteurs et sensitifs d'origine psychique ». Et l'auteur adoptant l'opinion de M. Charcot, conclut à la nature hystérique des accidents.

Poupon fait dans le n° 1 de l'Encéphale de l'année 1886, une revue critique des cas de paralysies hystéro-traumatiques et insiste spécialement sur l'importance des stigmates, capables de faire reconnaître la névrose, dans les cas où un traumatisme quelconque amène des paralysies.

Renard (1886), écrit une thèse sur la contracture hystéro-

traumatique. Il rapporte douze observations, dont cinq empruntées à M. Charcot, et se range absolument à la doctrine de ce maître. La contracture hystéro-traumatique se présente avec le même cachet que la contracture hystérique en général; elle est consécutive à un traumatisme grave ou léger, peut atteindre des sujets ayant déjà eu des manifestations hystériques, ou le plus souvent, vierges encore de ces manifestations; elle est immédiate ou médiate; sa durée est indéterminée, mais le plus souvent peu longue; — s'abstenir de tout traitement actif.

Dans l'*Union médicale* (1886), *Onimus* publie un article sur les paralysies consécutives aux accidents de chemin de fer. Il s'attache surtout à décrire le mode de production de ces blessures, et, partisan de la commotion spinale, il croit à des lésions de ce centre nerveux, sans parler des accidents *sine materia* qui peuvent aussi se produire.

De la thèse de *Bataille* (1887), nous extrayons les propositions suivantes. La cause qui domine l'étiologie des maladies nerveuses est l'hérédité, hérédité similaire ou hérédité dissimilable. — Dans la famille des névropathes on trouve souvent le rhumatisme, la goutte, le diabète. — De tout cela, la cause des causes, suivant l'expression de Trélat, est la dégénérescence.

Avant d'attribuer telle ou telle névrose au traumatisme, il y a nécessité de rechercher si le malade n'a aucun antécédent héréditaire.

Souvent le trauma n'agit que comme cause occasionnelle, mettant en éveil une diathèse latente.

Dans cette même année paraît la thèse de *Berbez*, autre élève de M. Charcot. Nous allons en rapporter les conclusions :

1. Le traumatisme éveille chez certains sujets des accidents nerveux consistant en paralysies flasques ou rigides, et en arthralgies.

2. Les malades qui présentent ces accidents sont le plus souvent des prédisposés, mais il est vraisemblable de supposer que l'hystérie est créée de toutes pièces par le traumatisme et la frayeur qui l'accompagne, chez des sujets indemnes de tout nervosisme antérieur.

3. Le traumatisme a peu d'importance, l'idée erronée à laquelle il donne naissance est tout.

4. Les accidents hystéro-traumatiques ont une physionomie propre; on peut dire qu'il y a une histoire naturelle de ces faits considérés autrefois comme obéissant au hasard.

5. Il est toujours possible d'en faire le diagnostic.

6. Le pronostic est sérieux, quoique jamais fatal.

7. Le traitement doit être à la fois physique et moral.

En 1887, *Debove* et *Catrin* communiquent à la Société médicale des Hôpitaux, deux observations nouvelles d'hystérie traumatique, et les accompagnent de remarques où nous lisons : Les hystéries toxiques et les hystéries traumatiques peuvent se développer de toutes pièces chez des individus non prédisposés. Selon nous, une prédisposition n'est pas nécessaire, mais nous ne voulons pas dire que les sujets nerveusement prédisposés n'auront pas plus facilement, toutes choses égales, des accidents hystériques sous l'influence d'un choc extérieur. — Ces auteurs ne croient pas que l'imagination ait joué un bien grand rôle dans les accidents observés chez leurs malades. — Enfin ils notent les rapports de l'hystérie convulsive avec le siège du traumatisme. Chez le premier malade, le traumatisme ayant porté sur le membre supérieur, les accidents sont accentués sur ce membre ; — chez le second, le trauma porte sur la tête et donne lieu à des attaques convulsives.

Méchin soutient sa thèse pour le doctorat (1887) sur l'étude clinique des monoplégies brachiales hystériques. Sur onze observations, les observations VI. VII. IX. sont des cas d'hystérie traumatique. A l'occasion de l'observation XI. il insiste sur l'existence bien nette de la participation de la face à l'hémiplégie.

Un hollandais, *Thyssen*, soutient (1888) devant la Faculté de Paris, une thèse intitulée : Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique. Il indique que l'hystérie n'est pas une maladie propre à certaines races ou à certains peuples, et qu'elle a été depuis longtemps observée chez les peuples du Nord, qui ont été le plus troublés dans leurs destinées. Et il cite à l'appui une observation de Nicolas Tulp (1513-1574) qui guérit, par des purgatifs inoffensifs, un peintre célèbre resté au lit tout un hiver pour une paralysie *psychique* des jambes. Il rapporte un cas de monoplégie crurale, — et un cas de contracture de l'avant-bras gauche, — hystéro-traumatiques, tous deux, et adhère complètement à l'enseignement de M. Charcot.

Dans la Revue de Chirurgie (1888), paraît une étude de G. *Guinon* sur l'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie. Elève de M. Charcot, l'auteur en expose les idées. Il passe en revue les traumatismes du crâne, qui peuvent donner lieu à des attaques

de nerfs; ces attaques ne seront pas toujours de l'épilepsie, mais parfois une forme insolite d'hystérie que Ballet a appelée attaque d'hystérie à forme d'épilepsie partielle; — les monoplégies hystéro-traumatiques; — les affections hystériques des grandes jointures; — l'arthrodynie hystérique des petites jointures qui se présente absolument sous l'aspect d'un rhumatisme subaigu des mêmes articulations; — le pseudo-mal de Pott hystérique; — les contractures hystériques permanentes. Il indique que l'intervention chirurgicale peut, dans certains cas, être cause de manifestations hystéro-traumatiques; et enfin résume les rares indications de cette intervention dans les manifestations hystériques.

Dans cette même année 1888, Ch. *Vibert* fait paraître en brochure une étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer. — Sous forme de rapports médico-légaux, l'auteur donne pour base à son travail 17 observations, dont les 4 dernières ont trait à un accident de cheval, — à un accident de voiture, — à une explosion, — à un coup de bâton sur la tête. N'ayant pas connaissance des travaux de M. Charcot, il ne voit dans les symptômes qu'il analyse que des conséquences de la commotion cérébro-spinale. Il admet la possibilité d'une méningo-myélite chronique dans certains cas. Mais dans le plus grand nombre des observations, les symptômes médullaires seraient nuls ou très légers, tandis que les symptômes cérébraux existeraient seuls ou domineraient la scène. Et, se ralliant à l'opinion d'Erichsen, il croit à une méningite et à une encéphalite superficielle, dont la marche est quelquefois assez régulièrement chronique, mais qui, dans d'autres cas, se développent par poussées aiguës. — Les troubles cérébraux du début sont imputables à l'ébranlement de l'encéphale. Les troubles tardifs seraient dûs à des lésions matérielles de réaction inflammatoire ayant suivi les contusions, ecchymoses ou petits épanchements sanguins, qui occupent surtout la surface du cerveau et des autres parties de l'encéphale.

Dans la Gazette hebdomadaire du 13 avril 1888, P. *Berbez*, prend vivement à partie M. Vibert, et lui reproche de ne pas connaître les travaux de M. Charcot sur le sujet. Puis, ayant fait l'énumération des symptômes psychiques observés par l'auteur, il déclare que tout cela a déjà été étudié par l'Ecole de la Salpêtrière, et classé sous la rubrique hystéro-traumatisme.

Vibert répond en se ralliant en partie à l'opinion de M. Charcot ; mais il fait remarquer que le maître a peut-être moins nettement précisé sa doctrine que ne l'ont fait ses élèves, et qu'il s'est contenté de considérer comme troubles psychiques ce que ceux-ci ont déclaré n'être que de l'hystérie.

En 1888, *J. Grasset*, professeur à la Faculté de Montpellier, publie ses *Leçons sur l'Hystéro-traumatisme*. Il admet bien que les accidents névropathiques consécutifs au traumatisme sont de nature hystérique. Mais, selon lui, il s'agit là d'une hystérie distincte et bien spéciale par son étiologie, ses symptômes, sa marche, sa durée et même son traitement. Et il la définit : une névrose générale et plus spécialement cérébrale appartenant à la famille des hystéries, et développé par le traumatisme chez un sujet dont la prédisposition ne s'est pas nécessairement affirmée antérieurement par son histoire personnelle ou par son hérédité.

Dans le *Progrès médical* du 3 novembre suivant, *Guinon* analyse cet opuscule, et après avoir montré le rôle de l'auto-suggestion dans le cas même rapporté par Grasset, il déclare que les raisons alléguées par l'auteur ne suffisent pas à faire admettre une névrose spéciale. Il n'y a pas plus d'hystérie traumatique qu'il n'y a d'hystérie émotive, ni d'hystérie saturnine. La vraie cause de la névropathie est dans l'hérédité, et non dans les circonstances occasionnelles au milieu desquelles ou à l'occasion desquelles elle éclate.

En 1889, paraît l'importante thèse de *Guinon*, sur les agents provocateurs de l'hystérie. Ce livre d'étiologie reproduit les doctrines de l'Ecole de la Salpêtrière. La première partie est une énumération, avec observations à l'appui, des agents nombreux qui sont capables de provoquer l'hystérie : shock nerveux, traumatismes, maladies générales et infectieuses, états pathologiques se caractérisant par un affaiblissement considérable du malade, intoxications, maladies de l'appareil génital, maladies du système nerveux.

La deuxième partie a pour but de prouver que la maladie provoquée par tous ces agents est véritablement la névrose appelée hystérie. Toutefois, il y a des cas complexes et la neurasthénie peut s'associer avec l'hystérie.

Les agents provocateurs ne sont que des causes occasionnelles. Dans certains cas, ils peuvent accessoirement imprimer un certain cachet aux manifestations de l'hystérie.

Plusieurs de ces agents peuvent concourir au même but.

Enfin, l'auteur termine par quelques mots sur la pathogénie encore incertaine du développement des accidents hystériques.

Au mois de juillet 1889, *Rougier* présente devant la Faculté de Paris, une thèse intitulée : contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme. Nous y relèverons une observation de contracture hystérique isolée du psoas, traitée et guérie par l'extension continue, dans le service de M. le professeur Lannelongue.

§ III

Passons à l'Ecole allemande.

Ce furent surtout les accidents de chemin de fer qui attirèrent d'abord l'attention des médecins allemands ; puis la loi de l'Empire (1871) concernant les indemnités à accorder aux ouvriers blessés pendant leur travail, donna une nouvelle impulsion aux recherches sur la nature des accidents consécutifs aux traumatismes.

La théorie d'Erichsen fut d'abord généralement adoptée, entre autres par *Leyden* et *Erb*. Et l'on admit d'une façon exclusive, qu'à la suite d'un ébranlement général du corps, il se développait dans, la moëlle épinière et ses enveloppes, des processus d'inflammation chronique. Et cependant, en Angleterre et en Amérique, les contradicteurs n'avaient pas manqué ; nous pourrions citer : *Syme*, *Morris*, *Savory*.

Parmi les publications nombreuses qui ont surnagé, il faut citer celles de *Bernhardt* (1876) et de *Westphall* (1879 et 1880). Mais l'étude la plus importante fut celle de *Rigler* (1879) qui suppose dans tous les cas l'existence d'une myélite, et cherche à faire rentrer dans le cadre de cette maladie tous les symptômes observés, portant au compte de la simulation ce qui ne concorde pas avec cette idée préconçue. Et cependant, l'influence psychique ne lui avait pas échappé, car dans un chapitre intitulé : *Sidéródromophobie*, il indique rapidement des phénomènes que l'on ne manquerait pas de rattacher à présent, à une névrose ou à une psychose.

En 1881, *Moëli*, un assistant de Westphall, publie une étude : sur les troubles psychiques consécutifs aux accidents de chemins de fer. Les quatre malades, étudiés surtout au point de vue mental, ont présenté des troubles psychiques analogues : anxiété, tristesse, émotivité exagérée, irascibilité, impressionnabilité au bruit, à la lumière, impossibilité de se livrer à un travail intellectuel. Ils souffraient de maux de tête, de vertiges, d'insomnie. — La cause n'est-elle pas la frayeur ressentie au moment de l'accident ? Puisque dans certaines observations, sans accident, des mécaniciens et des chauffeurs ont dû renoncer à leur service. Et, de plus, Erichsen avait déjà remarqué que les personnes qui dormaient au moment où l'accident s'est produit, échappent en général aux troubles psychiques.

En 1882, Westphall revient sur ce sujet, et déclare que la caractéristique de l'état morbide observé chez certaines victimes des accidents de chemins de fer est précisément de ne correspondre exactement à aucune autre affection connue.

Oppenheim et *Thomsen* publient en 1884 un travail intitulé : De l'existence et de la signification de l'anesthésie sensorielle dans les maladies du système nerveux, — et donnent quatre observations d'accidents de chemin de fer ;

Oppenheim (en 1885), en ajoute dix autres, puis il discute la nature des troubles observés, et oppose à M. Charcot les arguments suivants : — Les troubles de la sensibilité cutanée et sensorielle n'appartiennent pas exclusivement à l'hystérie, et ne sont nullement la caractéristique de cette affection ; on les retrouve dans l'épilepsie, l'alcoolisme, la chorée, la neurasthénie, divers états nerveux, etc. — Admettre, comme le fait Charcot, que l'anxiété, la tristesse, la dépression morale sont des manifestations psychiques de l'hystérie, c'est reculer encore les limites de la symptomatologie déjà illimitée de cette névrose, symptomatologie qui, en devenant trop compréhensive, perd toute signification.

Peu après parurent les travaux de l'Ecole française, que nous avons signalés. Ils furent lus en Allemagne, et dans la séance de la Société de médecine interne de Berlin du 16 janvier 1888, *Oppenheim* communiqua un mémoire où, sauf quelques réserves, il se rangea à l'opinion admise en France. *Bernhardt* fut aussi de cet avis. Et *Leyden* appuya de son autorité les conclusions nouvelles de ses collègues.

Cependant Thomsen rejette encore l'idée d'hystérie, et continue à faire de ces accidents une névrose spéciale distincte.

Il en est de même de *Strümpell*, qui distingue deux groupes d'affections nerveuses consécutives aux traumatismes : les névroses traumatiques générales, — et les névroses traumatiques locales. Ces dernières résultent le plus souvent d'une blessure insignifiante, mais accompagnée de frayeur, sans ébranlement général du cerveau ni de la moëlle épinière. Ce sont des paralysies, des contractures ou des algies diverses, sans troubles psychiques. Il ne peut s'agir que de troubles purement fonctionnels, et alors, il s'ensuit facilement la concordance pleine de ses névroses traumatiques locales avec les maladies hystériques, de sorte que, l'on peut, non sans raison, désigner les premières comme hystérie traumatique, c'est-à-dire maladies hystériques de cause traumatique. Et l'auteur ajoute que ce mot d'hystérie est peu passable, mais quand même usité.

Dans les névroses traumatiques générales, il y a des troubles psychiques, tels que : mélancolie, hypochondrie, perte de la mémoire, affaiblissement de la volonté, de la faculté d'attention et de travail cérébral soutenu, — angoisse continuelle ; puis en seconde ligne, des troubles des fonctions sensorielles et des troubles sensitifs variés, des troubles de la motilité, faiblesse générale des muscles, tremblements, contractures. On a proposé de donner à ces symptômes le nom de neurasthénie traumatique ; mais ici nous rencontrons, outre les signes de la neurasthénie ordinaire, des troubles analogues à ceux que l'on rencontre dans l'hystérie, ce qui a porté Charcot à admettre le terme d'hystérie traumatique. De là, Oppenheim et Thomsen, et les névrologues allemands, tout en reconnaissant la proche parenté de la névrose traumatique avec ces deux maladies ci-dessus, ont voulu en faire une entité morbide spéciale, en raison de certaines particularités de sa marche, surtout de sa fréquente incurabilité, contrairement à l'hystérie.

Et l'auteur admet qu'il y a alors dans les centres nerveux des lésions organiques délicates, encore inconnues, résultant de l'ébranlement et servant de bases aux symptômes de la névrose traumatique générale.

Il ne cite pas d'observations, mais renvoie pour elles à la Diss. du docteur Richard *Schultze* (Libr. Fischer, Berlin) où sont consignés treize cas observés à la clinique d'Erlanger.

Oppenheim publie en 1889, sous le titre de : Névrose traumatique, une étude importante, contenant trente-trois observations recueillies dans son service de la Charité pendant ces cinq dernières années, — et des considérations générales auxquelles nous puiserons plusieurs fois dans ce travail. Qu'on nous permette de signaler surtout le chapitre qu'il intitule : Théories sur l'essence et la genèse de la névrose traumatique ; nous l'avons reproduit en partie dans notre chapitre : De la nature de ces accidents.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE ET OBSERVATIONS

Considérations générales.

Nous classerons ainsi qu'il suit les observations que nous allons rapporter dans ce chapitre :

- I. — Paralysies flasques.
- II. — Contractures.
- III. — Mouvements involontaires.
- IV. — Arthralgies.
- V. — Affections douloureuses.
- VI. — Crises hystériques.
- VII. — Viscéralgies.
- VIII. — Cas complexes.

Nous n'entendons nullement, par cette classification, créer des groupes distincts ou vouloir établir des formes particulières d'accidents nerveux consécutifs au traumatisme. Nous croyons que tous les phénomènes que nous tentons d'analyser sont de même ordre, relèvent de la même cause et ont la même pathogénie. On verra, du reste, que malgré nos efforts, nous n'avons pu faire de séparations bien tranchées, et même, nous avons dû donner à un de nos chapitres le titre de cas complexes. Si nous avons fait des divisions ce n'est que pour faciliter notre travail et mettre un peu d'ordre dans nos remarques.

Mais avant d'aborder l'étude de ces troubles divers, nous devons envisager certains symptômes que l'on peut rencontrer dans un grand nombre de cas. La préoccupation de rattacher ces paralysies, contractures et affections douloureuses à une névrose ou maladie générale, a poussé les observateurs à rechercher, en dehors des signes somatiques propres à ces accidents, un certain nombre de symptômes généraux qui

doivent nous révéler leur nature. C'est sur la concomitance de ces symptômes généraux, que l'Ecole de la Salpêtrière s'est basée pour rattacher à l'hystérie les phénomènes qui nous occupent. Nous ne saurions nier que, dans un grand nombre des observations rapportées, cette concomitance existe. Mais nous croyons que ce serait aller trop loin que de dire que pour les cas où elle n'a pas été signalée, cela tient uniquement à un défaut d'attention ou à un examen incomplet : on a cru à l'absence de ces stigmates parce qu'on ne les a pas cherchés.

Nous reviendrons plus loin sur ce point délicat de la question. Et nous allons indiquer sommairement quels sont ces stigmates à rechercher. Si nous ne jugeons pas leur connaissance indispensable pour la bonne ordonnance du traitement, du moins peuvent-ils servir à établir un diagnostic précis.

En premier lieu, il faut citer la diminution ou l'abolition de la sensibilité. Rarement, c'est une anesthésie généralisée à tout le corps. Beaucoup plus souvent il s'agit d'hémianesthésie. Le corps est séparé en deux moitiés par un plan antéro-postérieur, et la perte de la sensibilité peut porter sur les organes profonds comme sur la peau. Cette insensibilité peut exister au contact, à la douleur, à la température, à l'électricité, simultanément, ou à l'un seulement de ces divers excitants. La plus fréquemment observée est l'analgésie avec ou sans thermoanesthésie. Assez souvent, elle est ignorée du malade. Dans les cas très nets, on trouvera une limitation précise des parties anesthésiées, correspondant à peu près à la ligne médiane. L'existence d'une telle hémianesthésie n'empêche pas que l'on puisse retrouver sur le même côté du corps des points hyperesthésiés, tels que l'ovaire ou les points dits hystérogènes.

D'autres fois, l'hémianesthésie est moins complète et ne se manifeste que par la présence de plaques d'anesthésie disséminées sur un côté du corps.

Coïncidant avec ce trouble de la sensibilité, nous noterons de la pâleur et un refroidissement relatif des parties atteintes ; cela est la conséquence d'une ischémie plus ou moins permanente et qui fait qu'une piqûre d'épingle ne donne que rarement issue à du sang ; de même aussi on a noté que les sangsues prennent mal.

L'hémianesthésie peut porter en même temps sur les membranes muqueuses, qui sont privées alors de leur sensibilité sensitive et de leur sensibilité sensorielle. Le goût disparaît

sur une moitié de la langue. On a noté souvent l'anesthésie pharyngienne uni — ou bilatérale. Une des narines est privée d'odorat. L'ouïe peut être affaiblie ou abolie complètement pour l'un des côtés.

Dans certains cas, les sens dont nous venons de parler, seront atteints des deux côtés.

Bien souvent nous avons vu noté le retrécissement du champ visuel, avec ou sans dyschromatopsie, diplopie monoculaire, et mégalomicropsie.

Ces troubles de la vision ont été bien étudiés par M. Parinaud, médecin à la Salpêtrière, et envisagés au point de vue de leur valeur séméiologique par le Docteur Hitier dans sa thèse inaugurale (1). Les conclusions de ce dernier sont que l'amblyopie, sans être absolument propre à l'hystérie, reste un symptôme de première importance pour le diagnostic de cette névrose. — Il ne s'agit évidemment ici que d'amblyopie sans lésion matérielle de la papille. — Une telle amblyopie est rare dans la neurasthénie, et paraît transitoire. — Dans la chorée idiopathique, sur trente-cinq cas, on n'a rencontré qu'une fois le retrécissement du champ visuel. — Dans l'épilepsie, on peut trouver assez fréquemment le retrécissement du champ visuel à la suite d'un accès, mais c'est un phénomène transitoire, et, sur soixante-quatorze cas, on ne l'aurait trouvé permanent que trois fois.

En résumé, lorsque l'amblyopie, sans lésion du fond de l'œil, se rencontre chez un sujet déjà hémianesthésique, on peut porter le diagnostic d'hystérie.

Cette amblyopie est monoculaire ou binoculaire. Le plus ordinairement elle atteint les deux yeux, mais l'un plus que l'autre.

Plus encore que pour l'anesthésie, c'est un symptôme qu'il faut chercher, car souvent rien ne la révèle aux malades peu attentifs.

Dans le cas de Big., que nous avons examiné à ce point de vue, nous n'avons trouvé qu'un très faible retrécissement concentrique du champ visuel, sans transposition du champ visuel du rouge au-delà du bleu (3 mois après, cette transposition tendait à se produire) ; mais nous ferons remarquer que

(1) A.-F. Hitier. — De l'amblyopie liée à l'anesthésie et spécialement de l'amblyopie hystérique, th. Paris, 1886.

les cercles de la vision de ces deux couleurs étaient plus étendus que celui du blanc.

Mais la perte de la sensibilité conjonctivale et cornéenne, la contracture des muscles de l'accommodation, la diminution de l'acuité visuelle, les troubles du sens chromatique ne sont pas les seuls symptômes notés dans l'hystérie. Ch. Féré a rapporté à la Société de Biologie (10 avril 1886), un exemple d'amaurose traumatique. Ayant eu recours à la compression des nerfs sus-orbitaires à leur point d'émergence pour arrêter une attaque chez une hystéro-épileptique, il réussit bien à enrayer l'attaque, mais, à la suite de cette compression, la malade perdit complètement la vue de l'œil gauche. Ainsi un traumatisme minime a un effet considérable, et, pour l'expliquer, on ne saurait recourir qu'à l'hypothèse d'une influence nerveuse centrale (1).

Lorsqu'ils sont provoqués par le traumatisme, l'hémi-anesthésie et les troubles sensoriels que nous venons de passer en revue, siègent habituellement du côté lésé, même quand le choc a porté sur le crâne.

Les fonctions digestives sont intactes et l'état général reste bon dans la majorité des cas. Toutefois on a souvent noté de la constipation. Les troubles vésicaux sont rares aussi, et, quand on les rencontre, ils consistent en une rétention d'urine par paresse vésicale. Nous en rapporterons un bel exemple. Nous ne parlons pas de l'anurie qui peut précéder les crises hystériques, ni de la polyurie qui peut les suivre; elles font partie du cortège des symptômes de l'attaque et ne persistent pas à l'état normal, c'est-à-dire dans les intervalles des attaques.

Si l'on connaît bien les variations d'humeur fréquentes, la mobilité extrême des impressions chez les hystériques vulgaires, on a, par contre, insisté sur la tendance hypochondriaque, l'humeur sombre et inquiète des malades atteints

(1) En rapportant cette observation de Ch. Féré, nous devons exprimer le regret que l'auteur ne nous ait pas permis, par des détails plus complets, de juger s'il ne s'agit pas, dans ce cas, d'une amaurose par suggestion (inconsciente), c'est-à-dire purement psychique, comme le sont d'après notre maître, M. le professeur Bernheim, toutes les amauroses hystériques. Alors, l'œil fonctionne normalement, il reçoit et transmet les impressions lumineuses du dehors, mais le centre percepteur cérébral fait abstraction de l'image reçue et le sujet affirme ne pas voir de l'œil ainsi atteint. On s'assure au reste que cet œil n'a pas perdu son pouvoir visuel, par l'application d'un prisme devant l'autre œil: le sujet voit deux images, l'une déviée est transmise par l'œil sain, l'autre directe l'est par l'œil prétendu amaurotique.

d'hystéro-traumatisme. C'est là un des arguments que les auteurs allemands ont émis contre l'opinion chère à M. Charcot.

Voilà pour les symptômes que l'on a habitué de regarder comme des stigmates hystériques. Sous le titre de cas complexes, nous avons réuni des observations où l'on retrouve, outre ces signes et ceux des accidents dont nous faisons l'étude, des signes de neurasthénie. Arrêtons-nous un instant sur les symptômes de cette névrose.

Longtemps mal délimitée et étudiée sous différents noms que nous ne rappellerons pas, cette espèce morbide a été distinguée des autres névroses par *Beard* (1880), qui la définit : une névrose fonctionnelle, sans substratum matériel, ayant pour causes : l'épuisement cérébral, — spinal, — gastrisque (dyspepsie nerveuse), — sexuel. C'est un épuisement nerveux dans le sens le plus général, avec cette spécification que cet épuisement est par lui-même durable et plus ou moins permanent.

La neurasthénie peut être acquise ou congénitale ; — on la rencontre à tous les âges et dans les deux sexes. — On y a distingué deux stades : l'un, de fatigue, dans lequel il y a augmentation de l'irritabilité ; — l'autre, d'altération, dans lequel cette irritabilité va diminuant jusqu'à l'épuisement.

Ce qui domine incontestablement, c'est l'état d'excitation du système nerveux sensitif, s'alliant à un défaut de résistance.

La céphalalgie est fréquente et donne souvent la sensation d'un casque trop étroit.

La rachialgie est commune, ainsi que les douleurs névralgiques dans les trijumeaux, les intercostaux et les sciatiques. La sensibilité générale peut être atteinte, exaltée ou diminuée. On a noté des battements dans les tempes ; des bourdonnements d'oreilles ; des éblouissements ; des vertiges.

Du côté de la motilité, une lourdeur dans les membres, de la fatigue au moindre effort.

L'intelligence devient paresseuse, la pensée pour ainsi dire douloureuse, la mémoire infidèle. Le malade a des tendances à l'hypochondrie.

Les fonctions digestives sont généralement languissantes. — La puissance génésique est diminuée.

Nous ne quitterons pas ce sujet sans indiquer au moins qu'en 1885, M. le professeur *Glénard* (de Lyon) tentait d'établir une synonymie presque complète entre la neurasthénie et

l'entéroptose, et cherchait l'explication des symptômes de celle-là, dans des déplacements des viscères abdominaux et leurs conséquences directes ou réflexes.

§ I. — Paralysies flasques.

OBSERVATION I

Monoplégie brachiale consécutive à une chute sur l'épaule. — Guérison par la suggestion hypnotique.

Schneider (1), 69 ans, manoeuvre, a fait une chute le 3 septembre 1883 ; il portait des madriers, a heurté contre un bois, est tombé sur l'épaule gauche et est resté pris dessous ses madriers.

Le 4 septembre, je constate une contusion simple de l'épaule ; mais le malade ne peut lever le bras, ni *le détacher du tronc*, sans se servir de l'autre main. La douleur a son maximum vers le bord antéro-interne du deltoïde. Malgré tous ses efforts il ne peut lever le bras ; ses traits se contractent douloureusement pendant cet effort.

Hypnotisé au deuxième degré, il arrive à lever son bras de 45° puis à le porter au sommet de la tête en s'aidant de l'autre main.

Le 5. Seconde séance d'hypnotisation (troisième degré) ; il peut lever son bras verticalement en l'air, le maintenir ainsi, puis l'abaisser progressivement, ce qu'il ne pouvait faire hier, car le bras retombait tout d'une pièce. S... n'accuse plus que quelques légères douleurs dans le deltoïde, et un peu de gêne dans les mouvements du membre.

Il ne s'est plus présenté à ma consultation et j'ai su que la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION II

Parésie d'origine traumatique des muscles de la main. — Restauration immédiate des mouvements par suggestion.

Ch... (2), 20 ans, surveillant des travaux à Remiremont, vient me consulter le 8 janvier 1887. Il y a trois mois il se fit une blessure à la main au niveau du pisiforme droit. La main se ferma tout de suite ; il y eut un certain degré d'anesthésie dans la sphère du cubital, qui a disparu. Depuis ce moment, Ch... n'a pu se servir de cette main ; il ne peut pas écarter les doigts,

(1) Obs. LXXV, de M. Bernheim, in De la suggestion, Paris 1888.

(2) Obs. IX de M. Bernheim, in De la suggestion.

ni ouvrir ou fermer spontanément la main. Le docteur Guyon, de Remiremont, pensant à une lésion du nerf cubital, l'adressa à mon collègue M. Weiss qui me fit voir le malade.

Nous l'hypnotisons séance tenante ; il arrive au troisième degré. Je lui suggère qu'il peut ouvrir et fermer la main, écarter les doigts ; j'ajoute la manipulation à la suggestion. Au bout de dix minutes, je le réveille. Ch... peut ouvrir et fermer la main, écarter et rapprocher les doigts. Il rentre le soir même à Remiremont, malgré mon désir de le voir rester quelques jours ici pour consolider la guérison. Ce résultat immédiat s'est-il maintenu ? En tout cas, en cas de récurrence, la suggestion répétée réussira certainement à restaurer définitivement la fonction.

Nous avons appris plus tard que le résultat s'est maintenu.

OBSERVATION III

Monoplégie crurale droite consécutive à une chute. — Guérison par la suggestion.

Ch., (1) Augustine, 33 ans, lingère, célibataire, sans enfant. — Entrée le 9 mars, sortie le 3 mai 1889. — A l'âge de 16 ans, a eu du rhumatisme articulaire aigu, qui l'a tenue alitée pendant quatre mois, avec battements de cœur. Depuis ce moment, elle est sujette à de l'essoufflement et à des palpitations, — n'a pas pris de digitale. — En 1884, elle a eu une jaunisse avec fièvre typhoïde qui aurait duré quatre mois. — En décembre dernier, à la suite d'une frayeur, elle eut une crise de nerfs qui dura un quart d'heure, avec strangulation, sans perte de connaissance.

Il y a onze jours, elle serait tombée du premier étage, d'une hauteur de dix-sept marches, sans se faire de mal, car elle put remonter et redescendre l'escalier. Le lendemain toutefois elle ne pouvait remuer la jambe droite, sur laquelle elle était tombée. La chute avait eu lieu vers six heures du soir, — à onze heures les douleurs commencèrent dans le genou et le mollet ; puis elles se sont propagées à la cuisse et aux reins, mais sans gagner le pied. Elle ne put se lever et les voisins durent s'occuper d'elle et lui donner à manger, On la transporta ensuite à l'hôpital.

Les douleurs dans les régions indiquées sont lancinantes, mais ne se produisent que par les mouvements. Il n'y a ni engourdissement, ni fourmillement. — La malade est très impressionnable et très méfiante.

10 mars. — Deux suggestions ont été faites, mais la malade n'a été que légèrement influencée. Néanmoins la douleur a beaucoup diminué.

Constitution assez bonne. Tempérament nerveux. — Pouls 80, régulier, égal. Langue un peu chargée. Peu d'appétit. Pas de selles depuis cinq jours. Renvois et aigreurs sans régurgitations, depuis cinq ou six jours. Constipation habituelle. D'ordinaire bien réglée, mais peu abondamment ; — parfois aminorrhée pendant deux ou trois mois.

(1) Obs. inédite de M. le professeur Bernheim.

La malade soulève le pied à environ cinq centimètres du lit. Elle plie bien les orteils, fléchit et étend bien le pied ; mais ne peut plier que très peu le genou, en se tenant le jarret ; la respiration devient alors haletante, il y a une douleur très vive. Ne peut fléchir la cuisse.

Depuis la suggestion d'avant-hier, la jambe n'est plus douloureuse. Mais quand on touche n'importe quel point du jarret, la malade ressent une douleur qui remonte le long de la cuisse, sans propagation vers le pied. Il y a de l'hyperesthésie dans l'aîne droite, sur toute la face postérieure de la cuisse et dans la région lombaire. Et aussi sur la partie gauche du thorax et dans tout le ventre. Nous remarquons deux petites ecchymoses sur le tiers inférieur de la jambe droite. Pendant l'examen, la respiration de la malade est haletante, sa face est anxieuse, sa jambe tremble.

La pointe du cœur bat au cinquième espace, sur le bord axillaire antérieur ; souffle présystolique et systolique mitral.

Respiration nette en avant. — Inspiration rude et expiration soufflée dans la fosse sus-épineuse droite ; — nette au-dessous. Respiration nette à gauche. On hypnotise la malade : *Sommeil profond* (sans souvenir au réveil).

13 mars. — N'a pas dormi la nuit, — a eu des sueurs abondantes. Même état. Continuation des suggestions.

14. — A passé une bonne nuit, — remue bien la jambe (suggestion chaque jour.)

16. — L'hyperesthésie a disparu. — Va mieux, a pu un peu marcher, — le sommeil est toujours entrecoupé.

19. — Sueurs la nuit, — points de côté.

21. — Va bien, marche bien, dort bien. N'a plus de douleurs dans les membres. — Ne se plaint plus que des sueurs qu'elle avait déjà avant sa chute.

3 mai. — La guérison se maintient,

OBSERVATION IV

Monoplégie brachiale. — Chute. — Guérison.

Pin... (1), 18 ans, maçon. — Antécédents héréditaires et personnels nerveux. En mai 1884, il tomba d'une hauteur de deux mètres. *Paralysie flasque du membre supérieur gauche*. Hemianalgésie gauche. Troubles sensoriels du même côté. Zone hystérogène sous-mammaire. En mai 1885, à la suite d'une crise, la paralysie disparaît.

OBSERVATION V

Monoplégie brachiale. — Chute.

Por... (1), 25 ans, cocher de fiacre. — Mère nerveuse, père alcoolique. Lui-même, peureux dans son enfance ; rhumatisant. En décembre 1884, projeté de son siège, il tombe sur l'épaule droite : douleurs et gêne des mou-

(1) Obs. résumées de Berbez. th. de Paris.

vements. 6 jours après, *le membre droit supérieur était flasque*, paralysé, à l'exception de la main. Les parties frappées d'impuissance motrice sont aussi insensibles; l'anesthésie se limite du côté de la main par une ligne parallèle au poignet et située un peu au-dessous. Le sens musculaire est perdu dans la même étendue; mais la réaction électrique est conservée.

OBSERVATION VI

Hémiplégie gauche. — Coup sur la tête.

Met... (1), 34 ans, artiste en cheveux. Père goutteux, mère nerveuse.

Convulsions dans l'enfance. A 20 ans, hémiplégie gauche à la suite d'une nuit passée sur la terre nue. Attaques. Le 22 août 1885, il fut blessé à la tête par un coup de rouleau de pâtisserie. L'hémiplégie reparut à gauche (côté de la blessure) et affectait le mouvement et la sensibilité. Le 23 février 1886, il persistait une faiblesse du membre supérieur gauche, avec atrophie notable, mais conservation de la contractilité électrique. Troubles sensoriels à gauche. Le traitement par les flagellations (méthode de Gautiez) sur la région pariétale droite, fait réparaître la sensibilité.

OBSERVATION VII

Monoplégie brachiale gauche. — Chute sur le côté droit. — Amélioration par le massage.

Cab... (1), — Mère névropathe.

Irritable. Le 28 décembre 1885, il tomba, de sa hauteur, sur le côté droit, et le lendemain son membre supérieur gauche était paralysé du mouvement et de la sensibilité. Le membre était tantôt flasque, tantôt contracturé. Huit jours après, l'atrophie commença et s'accrut rapidement. Légers troubles sensoriels. — Attaques spontanées ou consécutives à la pression de certains points hystérogènes. — Le massage et la flagellation produisent une amélioration notable (avril 1885).

OBSERVATION III

Monoplégie brachiale. — Transfert par luxation.

Cless... (1), 18 ans, fleuriste. Père rhumatisant, mère phthisique.

Antécédents personnels hystériques. Le 5 janvier 1885, fracture du péroné. Hémianesthésie droite. Troubles visuels. Attaques d'hystérie et accès d'épilepsie bien séparés. — Un jour, la malade tombe de son lit, se luxa l'épaule gauche (côté sensible), aussitôt le bras gauche devient insensible,

(1) Obs. résumées de Berbez, th. de Paris, 1887.

tandis que le droit s'était dégagé (véritable transfert). — Quelques jours après, l'anesthésie revenait à droite. Semblable phénomène se reproduisit plusieurs fois, la malade se luxant facilement l'épaule gauche.

OBSERVATION IX

Monoplégie brachiale guérie par le transfert, d'après le procédé de M. Babinski.

Mouil... (1), 29 ans, manoeuvre. — Pas d'antécédents héréditaires nerveux connus. Le 1^{er} décembre 1885, son épaule droite fut prise entre les tampons d'un wagon et d'une locomotive. Sensation d'absence du membre supérieur droit qui resta paralysé du mouvement et de la sensibilité. Réaction électrique conservée dans les muscles, malgré un peu d'atrophie. Troubles sensoriels. — Divers traitements furent employés sans succès, jusqu'à ce que M. Babinski essaya le transfert avec une hystérique hypnotique. Au bout de quelques séances, les mouvements revinrent dans le poignet et le coude (février 1887).

OBSERVATION X

Monoplégie brachiale hystéro-traumatique.

Sylv... (1), cavalier au 6^e régiment de hussards, 24 ans. — Pas d'antécédents héréditaires. Pas de nervosisme antérieur. — Le 8 mai 1884, chute de cheval. — Le cavalier est pris sous sa monture et se casse le radius à la partie moyenne. Séjour de 50 jours à l'hôpital militaire, avec un appareil plâtré. L'appareil enlevé, on trouve un peu de gêne des mouvements. Le jour de la sortie du malade cette gêne devient, en quelques minutes, une paralysie absolue de tout le membre supérieur droit.

La paralysie ne se modifia pas pendant le congé de convalescence de 4 mois qui lui fut accordé, et, rentré au corps le 2 novembre 1885, le malade fut examiné par M. Duponchel, qui décrit ainsi son état :

Paralysie flasque; inertie totale du membre, aucun mouvement n'est possible dans les articulations de l'épaule, du coude, du poignet, de la main, des doigts, du côté droit. Perte absolue de la sensibilité à la douleur, à la température, au contact; cette anesthésie s'étend aux parties profondes, car la torsion violente du membre n'est pas douloureuse; les décharges électriques les plus fortes ne causent ni appréhension, ni douleur, tant que les réophores restent appliqués sur les parties anesthésiées.

Perte du sens musculaire. — La contractilité musculaire est normale dans les mêmes régions. L'anesthésie s'étend jusqu'à l'épaule. Elle est bordée par une zone de sensibilité atténuée; la ligne de démarcation est difficile à établir. — On peut dire que l'anesthésie fait le tour des attaches du membre.

Rétrécissement du champ visuel dans l'œil droit, transposition du bleu.

Abolition du réflexe pharyngien. — Conservation des réflexes rotuliens et et crémastériens.

(1) Obs. résumée de Berbez, loc. citat.

(1) Obs. résumée de Duponchel in. Rev. de méd. 10 juin 1886.

OBSERVATION XI.

Monoplégie brachiale droite consécutive à une chute. Pas d'amélioration.

C... (1) R. 24 ans, appartient à une famille exceptionnellement saine, et jouissait d'une excellente santé jusqu'à son accident. Dans un incendie, il fit une chute de 3 mètres et se heurta l'épaule droite. Il ne ressentit pas d'abord une douleur bien vive, mais en rentrant chez lui il éprouva quelque difficulté à mouvoir son bras. 4 à 5 jours plus tard, la paralysie était complète, et il y avait de plus de la gêne dans les mouvements du cou et de la langue, des troubles dans la déglutition. Deux mois après, ces troubles de la motilité persistent, et le membre inférieur droit est parésié. La face n'est pas déviée. Il y a de l'hémianesthésie, absolue pour le membre supérieur droit, moins complète pour les autres parties. Les organes des sens sont troublés. Région douloureuse à la pression dans l'hypochondre droit. Pas d'attaque convulsive. En octobre 1887, (4 mois après l'accident) l'intelligence du malade aurait un peu diminué.

Tous les procédés thérapeutiques employés sont restés sans résultat.

OBSERVATION XII.

Hémiplégie droite consécutive à une chute. — Pas d'amélioration.

O... (1), 23 ans, pas d'antécédents héréditaires.

En mai 1887, il tombe dans un escalier, roule d'une hauteur de 6 mètres, se heurte la tête contre une poutre. Revient à lui au bout de deux heures, et l'on constate une hémianesthésie droite. Un mois après sa chute, surviennent des attaques nerveuses se composant de plusieurs accès convulsifs subintrants, avec aura partant du ventre et remontant vers le cou. Le 30 août, on note une hémiplégie motrice incomplète du côté droit. Hémianesthésie sensitive et sensorielle à droite. — Sur la région pariétale droite, plaque d'hyperesthésie. — Jusqu'en octobre 1887, le traitement était resté sans résultat.

MM Debove et Catrin font remarquer qu'un an auparavant, dans une chute, ce malade s'était cassé deux côtes, fait une entorse et une luxation de l'épaule et diverses contusions sans qu'il soit résulté le moindre accident nerveux.

OBSERVATION XIII

Hémiplégie droite, consécutive à une chute.

Mell..., (2) 31 ans. Père très-nerveux.

Crises nerveuses depuis l'âge de 12 ans. En novembre 1883, elle butta contre une estrade et tomba. Ecchymose et douleur intense au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite. On applique une bande, dont, sur les

(1) Obs. résumées de *Debove* et *Catrin*, in *Bullet. Soc. des Hôpitaux*, 1887, p. 395.

(2) Observation résumée de *Berbez*, loc. citat.

instances de la malade, on continua l'emploi pendant trois mois. Les douleurs diminuèrent, mais l'impotence motrice augmenta. Actuellement (janvier 1885), madame M... a le membre pelvien droit paralysé, le membre supérieur droit parésié. Perte de la notion de position des membres droits. La paralysie est flasque, et cependant il y a exaltation des réflexes tendineux à droite. — Hemianesthésie et ovarie droites. Dyschromatopsie gauche.

OBSERVATION XIV

Hémiplégie droite, consécutive à une chute sur le dos.

Gr..., (1) 21 ans, maçon. Pas d'antécédents héréditaires nerveux connus. Bonne santé habituelle. Le 20 avril 1887, tomba sur le dos, d'une hauteur de quatre mètres. Rachialgie et douleurs vagues disséminées. Le troisième jour, il essaya de sortir du lit, mais s'aperçut qu'il ne pouvait se tenir sur sa jambe droite. En même temps, sensation d'aura et attaque convulsive. En novembre 1887, on constate comme troubles de la motilité : paralysie de la jambe et du bras droit, tremblement des deux jambes, réflexe rotulien exagéré à gauche, force dynamométrique amoindrie à droite. — La sensibilité au tact, à la piqure, à la température est amoindrie à droite ; — rachialgie, zones pseudo-ovariennes, points testiculaires à droite, absence de réflexes cutanés de la jambe droite ; les divers sens sont affectés. — Affaiblissement et amaigrissement des membres droits. Transpiration abondante.

OBSERVATION XV

Hémiplégie droite. — Morsure à la main droite.

C. F... (2), 52 ans, entré à l'infirmerie en janvier 1886. — Commis-voyageur ayant joui jusque-là d'une bonne santé, quoique ayant fait pas mal d'excès. Caractère irritable.

Le 26 décembre 1885, il est mordu par un chien au dos de la main droite ; la morsure, très légère, fut guérie en quelques jours. Le malade, craignant que le chien ne fût enragé, alla consulter le docteur Warthon, et fut rassuré pendant quelque temps ; mais bientôt il fut assailli de nouveau par des craintes et un beau jour devint hémiplégique de la sensibilité et du mouvement à droite, en même temps qu'aphasique. — La nature hystérique de la maladie fut reconnue aux caractères suivants :

Intensité de la paralysie motrice. *Face respectée*. Abolition totale de la sensibilité dans une moitié du corps.

Hémi-paralysie sensorielle. — Rétrécissement du champ visuel. — Mutisme hystérique. — Marche de la maladie. — (Brusquement guéri de son mutisme en parlant politique).

(1) Observation résumée de Thyssen, th. de Paris 1888.

(2) Obs. rés. de Dreschfeld.

OBSERVATION XVI

Hémiplégie et hémianesthésie hystéro-traumatiques. Aggravation de l'état mental.

Bon... (1), 56 ans, entrée en mai 1886. — Passée aux aliénées en juin.

Pas d'antécédents héréditaires. — Jamais de maladie grave. Aucune diathèse.

En mai 1881, elle fut atteinte sur le côté gauche de la tête par la tête d'un cheval, tandis que le collier de l'animal la frappa au côté droit de l'épaule ; elle fut renversée et perdit connaissance. Quant elle revint à elle, elle put faire à pied un trajet d'environ 1500 mètres pour rentrer chez son frère. — A partir de ce moment, elle prit le lit, rêva toutes les nuits que le cheval l'écrasait. Au bout de sept à huit jours, son côté droit s'engourdit et perdit sa force. En trois semaines, l'hémiplégie motrice et sensitive fut complète ; elle dura trois mois. Ensuite le mouvement commença à revenir, mais jamais d'une façon parfaite.

Au bout d'un an il survint des maux de tête très pénibles ; la malade restait enfermée dans l'obscurité et geignait perpétuellement.

A son entrée, on constata une hémiplégie motrice assez accentuée du côté droit. La malade traînait sa jambe droite, dont les réflexes tendineux étaient très forts ; même chose pour le bras. Au dynamomètre, 45 à gauche, 15 à droite. — Il y a un léger degré d'atrophie de tout le côté droit. — Hémianesthésie droite. — Rétrécissement considérable du champ visuel. — Amblyopie énorme de l'œil gauche. — Photophobie ; la malade reste des semaines entières sans ôter un voile qu'elle porte sur la tête.

Attaques irrégulières dans lesquelles le côté gauche seul s'agite. La malade pousse des cris aigus, ne se mord pas la langue, n'urine pas sous elle. Pas d'ovarie. — Elle voyait la nuit des gens qui faisaient courir des chevaux sur elle. — Causait seule, voulait s'en aller. De là, son passage dans la section des aliénées.

OBSERVATION XVII.

Hémiplégie droite, par chute sur le côté.

Per.... (2), 31 ans. Père tuberculeux. Mère sujette aux névralgies.

Incontinence d'urine nocturne. Parfois étourdissements et chute. Le 18 mars 1884, par suite d'un de ces étourdissements, il tombe d'un 3^e étage sur le côté droit. Contusions multiples ; hémiplégie droite, y compris la face. Aphasie pendant 3 mois. Quelques jours après l'accident, les membres paralysés sont pris de tremblement qui disparaît bientôt à la jambe, mais persiste au membre supérieur droit. Ce membre est dans la demi-flexion, les muscles fléchisseurs un peu contracturés, ainsi que le grand pectoral. Le tremblement consiste en un mouvement alternatif de pronation et de supination de l'avant-

(1) Obs. rés. de Berbez, loc. cit.

(2). Obs. rés. de Bataille th. de Paris 1887.

bras, les doigts fléchis, le pouce tantôt dans l'opposition ou dans l'abduction avec extension. — Hémianesthésie droite des membres, du tronc, de la face, — avec participation des sens. — Achromatopsie. — Anesthésie pharyngée. — Pas de zones hystérogènes.

OBSERVATION XVIII.

Hémiplégie gauche. Coup sur le côté gauche de la tête. Pas d'amélioration

R...(1). 45 ans, botaniste. — Rien de spécial à noter dans les antécédents.

En 1879, à la suite d'un coup de massue sur le côté gauche de la tête, perte de connaissance, paralysie de la sensibilité et du mouvement dans tout le côté droit, qui dura près d'un an, et aurait disparu à la suite d'une trépanation. En 1881, le malade entre dans le service du Docteur Wilks à Londres : douleurs de tête à gauche, hémiplégie motrice et sensitivo-sensorielle à gauche ; crises nerveuses. Ces accidents se seraient atténués à la suite d'une vive émotion. En février 1883, attaque convulsive, suivie d'hématémèse, épistaxis, hématuries pendant plusieurs jours ; le côté gauche du corps était complètement paralysé, sauf la face. Au bout de quelques semaines, amélioration notable. — Nouvelle crise avec hémorragies, le 31 mars, et réapparition de l'hémiplégie, que le malade promena dans divers hôpitaux, jusqu'à son entrée à la Salpêtrière, (février 1886.) A ce moment, le malade est déprimé, mais a gardé sa lucidité d'esprit. Il est atteint d'hémiplégie gauche, flasque, incomplète.

Son membre supérieur n'exécute que des mouvements très limités. Son membre inférieur est complètement paralysé, et, pour marcher, le malade se sert d'un pilon sur lequel repose son genou et qui est fixé au pourtour de son corps par un cerceau d'osier. Amyotrophie. Pas de réaction électrique de dégénérescence. — La face a gardé sa motilité. — Anesthésie presque complète dans tout le côté gauche du corps. Rachialgie. Point pseudo-ovarien droit. — Amblyopie gauche ; rétrécissement du champ visuel à droite. — Les autres sens sont abolis à gauche. Anesthésie pharyngienne. — Le massage et les applications d'aimant sont restés sans résultat.

OBSERVATION XIX

Hémiplégie droite. — Amélioration.

Hatt... (1), camionneur. — A une sœur phthisique.

De 10 à 15 ans, tics divers. — Accès de colère pour les moindres contrariétés.

En juillet 1884, une voiture lui passa sur le corps ; perte de connaissance ; le lendemain il était paralysé de tout le côté droit du corps, avec déviation de la face et langue déviée à gauche. — Hémianesthésie droite complète du tégument externe. Amélioration en décembre.

(1). Obs. rés. de *Berbez*, th. de Paris 1887.

Au mois de décembre 1886, il tomba une deuxième fois du brancard de son camion; perte de connaissance, et hémiplegie droite qui tend à disparaître au bout de quinze jours. Hémispasme facial gauche. — Hémianesthésie droite complète. Les réflexes pharyngien, conjonctival, crémastérien et rotulien sont diminués ou abolis à droite. — Rétrécissement du champ visuel du côté droit. — Goût et odorat nuls à droite.

OBSERVATION XX

Paraplégie. — Contusion de la hanche.

Lelog... (1). 29 ans, garçon de cuisine. — Parmi les antécédents héréditaires, nous ne trouvons à signaler qu'une cousine germaine épileptique.

Attelé à une voiture à bras (décembre 1885), il fut projeté sur le trottoir par une voiture qui heurta la sienne; contusion de la hanche. Amnésie traumatique. Le malade s'est ensuite créé un roman de son accident et raconte de bonne foi que la voiture étrangère lui a passé sur le corps. — La perte de connaissance avait duré deux jours. Au bout de cinq à six jours, il pouvait marcher avec difficulté, mais sans véritable paralysie des jambes. — Quelque temps après, attaque avec perte de connaissance suivie d'un mutisme qui dura douze jours.

État au 25 mars 1886: affaiblissement général; Lelog... aurait bien maigri depuis trois mois. — Mauvaise humeur continuelle. Mémoire affaiblie. — Mains et membres inférieurs couverts de sueur. Apyrexie. — Décubitus dorsal.

Anesthésie des deux membres inférieurs qui se limite en haut par une ligne qui, partant du pubis, suit le pli de l'aîne, contourne la hanche à cinq ou six centimètres au-dessous du sommet de la crête iliaque, puis s'incurve à la partie postérieure en rejoignant la ligne d'insertion interne du grand fessier pour se réunir à la ligne du côté opposé au niveau du coccyx. — Les organes génitaux ne sont pas compris dans la zone d'anesthésie. — La sensibilité profonde et le sens musculaire sont abolis dans les deux membres inférieurs.

Dans ces mêmes membres, les mouvements actifs sont à peu près abolis. — La résistance aux mouvements passifs est absolument nulle. Les réflexes rotuliens existent, mais diminués.

Il y a hyperesthésie du cuir chevelu, — et céphalalgie continue, diffuse, occupant la même région. A la face, un léger spasme revenant toutes les cinq ou dix secondes, relève la commissure gauche de la lèvre.

Les membres supérieurs sont faibles, mais font bien tous les mouvements. — La sensibilité du reste du corps est conservée.

Rétrécissement très marqué du champ visuel des deux côtés, plus marqué à droite. La cornée est insensible au toucher. — Bourdonnements d'oreilles et diminution de l'ouïe. — Diminution du goût et de l'odorat. Anesthésie pharyngienne.

(1) Obs. rés. de *Berbez*, loc. cit.

28 mars : Hémorrhagie nasale, attaque de dyspnée débutant par une aura très nette qui part de l'une des aînes. — Mutisme. — L'attaque s'est reproduite plusieurs fois.

A la fin de décembre, paralysie en manchette d'un avant-bras remontant jusqu'au coude ; — elle disparaît le 5 janvier suivant au réveil.

OBSERVATION XXI

Paraplégie. — Accident de chemin de fer. — Guérison brusque.

Un monsieur (1), de 41 ans, naturellement très excitable, d'une famille de goutteux, se trouve dans une collision ; son wagon est brisé. Il reçoit des contusions légères aux membres et au front, et continue néanmoins son voyage. Mais, au bout de deux heures, il éprouve des douleurs dans le dos et dans les jambes. Quelque temps après, on constate chez lui de la parésie des membres inférieurs, de l'irascibilité. Rien aux sphincters. De temps en temps ces symptômes s'accroissent sous l'influence d'une émotion et sont accompagnés de vomissements, d'aphonie et d'un peu de délire.

Une indemnité lui fut accordée 13 mois après l'accident.

Son état reste aussi grave pendant trois ans encore, avec un état nerveux hystérique sans atrophie.

Un jour il se lève inconsciemment ; son fils qui était présent pousse un cri, tellement ce mouvement lui parut extraordinaire. A partir de ce moment l'amélioration s'accroît rapidement. Il peut reprendre une vie active, faire de longues marches et monter à cheval.

OBSERVATION XXII

Paraplégie consécutive à une chute. — Guérison.

Jeune Irlandaise (2), 17 ans, fit une chute dans un escalier, dans laquelle le dos et la jambe droite avaient porté. — Paraplégie de la sensibilité et du mouvement. Douleur dans la région lombaire, pas de fracture ni de luxation ; — légère contusion du trochanter droit. — Pas de troubles de la miction.

Etat général excité, hystérique.

Deux jours après, elle remuait un peu le pied, et pouvait se retourner dans son lit. Amélioration de la sensibilité, mais persistance de la douleur au niveau de la colonne vertébrale.

Trois semaines après l'accident, la malade pouvait lever les jambes, mais avec des douleurs vives dans le dos. — La peau était sèche et exfoliée.

Quelques jours après, la malade tenta de marcher. Au commencement, elle pouvait à peine supporter son propre poids, mais, dans l'espace de deux ou trois semaines, elle parcourait une courte distance en boitant et en s'appuyant sur une béquille.

(1) Observation résumée de *Page*, p. 320.

(2) Observation résumée de *Putnam*.

Deux mois après l'accident, elle fut prise d'une sorte de catarrhe gastrique aigu, vomissant tous ses aliments. Elle gardait le lit, et au bout d'un jour ou deux, elle eut une paraplégie absolue, avec perte de la sensibilité à tous les modes d'excitation sur les membres inférieurs. Le lendemain le bras droit devint absolument paralysé et insensible. Les muscles étaient mous et flasques. Rétention d'urine. Visage abattu et apathique.

En employant les flatteries et les menaces, on obtint, au bout de quelques jours, un léger mouvement du bras. Puis l'amélioration augmenta graduellement. Et après quelques semaines, cette fille allait et venait dans l'hôpital. Elle avait recouvré une santé excellente ; mais conservait une certaine diminution de la sensibilité cutanée.

OBSERVATION XXIII

Paraplégie consécutive à une chute. — Guérison par la suspension.

X... (1), 28 ans, peintre en bâtiments. Entré le 8 juin 1889 dans le service de médecine de M. le professeur Spillmann. — Sorti le 16 juin.

Antécédents héréditaires : Père peintre en bâtiments. — Frère et sœurs bien portants.

Antécédents personnels : Homme très nerveux, avait souvent des vertiges sur les échafauds, — des crampes dans les mains ; — a eu des coliques de plomb à plusieurs reprises.

Il y a 15 jours, il est tombé d'un échafaudage sur le dos. Pendant une dizaine de jours, il a eu des douleurs au niveau des vertèbres lombaires, puis, peu à peu, il a éprouvé de la faiblesse dans les jambes, de la raideur, et une sensation de tapis sous les pieds.

Etat à son entrée à l'hôpital : Homme de bonne constitution. Tempérament lymphatique. Apyrexie. Douleurs lombaires. Aucune déformation au niveau de la colonne vertébrale.

Le malade soulève difficilement les jambes du plan du lit. Aucun mouvement ataxique. — La marche est pénible et trainante. — Il y a exagération des réflexes patellaires.

Sur les jambes, on constate des plaques d'hyperesthésie à la piqure, — et des plaques d'anesthésie disséminées sur le reste du corps. — La pression des muscles des membres inférieurs est très douloureuse. — Du pubis à l'ombilic, zone d'hyperesthésie. — Rien d'anormal du côté des organes génito-urinaires. — Pas de troubles dans le fonctionnement du rectum.

Les organes des sens sont intacts.

Rien d'anormal non plus aux membres supérieurs.

8 Juin. Suspension verticale pendant une demi-minute.

10. Suspension pendant une minute. — Amélioration. Le malade marche mieux. L'hyperesthésie a disparu en partie.

12. Suspension pendant 2 minutes. — Le malade ne sent plus ni douleurs, ni faiblesse. Quatre jours après, il sort guéri, et depuis ne s'est plus représenté à l'hôpital.

(1) Obs. inédite de M. le professeur Spillmann.

Dans une note sur les caractères cliniques des paralysies psychiques expérimentales (1), MM. Paul Richer et Gilles de la Tourette assignaient à ces paralysies les signes suivants : flaccidité complète, exagération des réflexes tendineux, trépidation spinale, abolition complète du sens musculaire, troubles vato-moteurs (sensation de froid subjective et objective dans le membre paralysé). Cet article appela dans le numéro suivant du *Progrès médical* (p. 279) une réponse de notre maître, M. le professeur Bernheim, de la lecture duquel il résulte que, le premier, il a établi qu'on peut expérimentalement et instantanément par simple affirmation, à l'état de veille, chez certains sujets non hypnotisés mais hypnotisables, créer et faire disparaître de même des paralysies, des anesthésies, des hallucinations.

Et notre maître ajoute : « Me sera-t-il permis de dire que les caractères cliniques ci-dessus désignés, s'ils peuvent exister dans certains cas, sont loin d'être constants. L'exagération des réflexes tendineux, la trépidation spinale peuvent faire défaut ; chez deux sujets actuellement dans mon service clinique, je produis de la paralysie à volonté, sans le moindre réflexe tendineux, ni phénomène du pied, ni phénomène du genou. L'abolition du sens musculaire existe, lorsqu'on a suggéré au sujet l'insensibilité absolue, lorsqu'on lui a dit : Père, vous ne sentez plus du tout votre jambe. Mais le sens musculaire peut persister avec la sensibilité tactile, quand on n'a pas fait cette suggestion spéciale. Il m'a paru que ces paralysies psychiques suggérées n'ont pas de caractère constant, qu'elles sont variables, suivant la conception individuelle du sujet auquel elles sont suggérées et suivant le mode spécial de suggestion. »

Nous tenions à faire cette remarque préliminaire, qui s'applique aussi bien aux paralysies dont nous venons de rapporter des exemples, qu'à ces paralysies expérimentales ; — et si nous indiquons les signes le plus souvent rencontrés, nous ne pensons pas par là leur attribuer aucun caractère de constance ou d'universalité.

(1) In *Progrès médical*, 29 mars 1884, p. 241.

Au point de vue de leur siège, les paralysies dont nous avons rapporté des observations ne se distinguent pas *à priori*, des paralysies organiques ; on peut les rencontrer sur tous les points du corps. Outre les exemples que nous en avons donnés, rappelons avec Lober qu'une contusion sur l'œil peut occasionner la paralysie des muscles de l'œil, du ptosis, comme dans les cas de John France (1) et de Canton (2), ou de la paralysie des muscles droits et obliques (obs. de Szokalski (3).

Posner (4) a publié un cas de paralysie de la langue (glossoplégie) consécutive à une brûlure ou à un traumatisme.

Elles peuvent prendre les formes monoplégique, hémiplégique ou paraplégique. Mais on a remarqué, à juste titre, qu'elles ont souvent une tendance à se localiser sur un membre seul, ou même sur un segment de membre (paralysies segmentaires). Les monoplégies ne seraient alors que des réunions de paralysies segmentaires, et les hémiplégies et les paraplégies des associations de monoplégies. Dans plusieurs observations d'hémiplégie nous avons vu noter que les troubles de la motilité étaient plus prononcés dans le membre supérieur ou dans l'inférieur que dans l'autre membre.

Leur début peut être brusque ou progressif. Dans le premier cas, l'apparition soudaine de la paralysie ne s'accompagne pas de perte de connaissance, ou de chute, comme cela s'observe maintes fois dans les paralysies par lésion organique du cerveau. Comme pour ces dernières, cependant, c'est en général au réveil que le malade remarque, avec surprise, qu'il ne peut plus remuer le bras ou la jambe.

D'autres fois, la paralysie ne s'établit que lentement : c'est d'abord une simple faiblesse du membre, puis une difficulté croissante dans les mouvements, jusqu'à ce qu'une impotence plus ou moins parfaite soit réalisée.

Généralement la paralysie ne suit pas immédiatement le traumatisme. Elle peut survenir quelques heures, trois ou

(1) John France. Case of ptosis. — Guy hosp. reports. — Oct. 1849.

(2) Canton : Hysterical ptosis. — Westminster med. Soc. — London med. Gaz. 1850.

(3) Szokalski : Von d. anaesthesia und hyperaesthesia bei d. hyster. Frauen. — Prager viertel jahrschrift, 1851. T. IV, p. 130.

(4) Posner : Vollkommen Glossoplegie und Alalie durch Electricitaet gehiselt. — Med. centr. Zeit. 1858.

quatre jours, ou, dans certains cas, plus longtemps encore après lui.

Dans les cas d'hémiplégie, on a noté l'absence de participation de la face, et avec Todd, Athaus, Hasse et Weir-Mitchell, M. Charcot (1) et ses élèves ont fait de ce signe négatif un caractère distinctif des hémiplégies hystériques. Dans les observations d'Oppenheim que nous avons parcourues, nous trouvons également cette absence signalée 8 fois. Mais cette opinion est combattue par Lebreton, Buzzard, Seeligmüller, Kalkoff. — Hélot (2), dans sa thèse inaugurale, prétend que la paralysie faciale existait dans 3 des 4 cas d'hémiplégie qu'il a rapportés. — L'observation XI de la thèse de Méchin (3) a pour titre : Paralysie de la face et du bras droit ; anesthésie absolue de la moitié droite de la tête, du cou, du membre supérieur et de la partie supérieure du côté correspondant. Et l'auteur ajoute à la fin : nous insistons sur l'existence bien nette de l'hémiplégie faciale. Nous disons hémiplégie et non hémispasme, car les sillons et les plis cutanés étaient bien effacés, la joue était flasque, la langue tirée à droite était bien aplatie et non contracturée.

E. Brissand et P. Marie (4) ont donné de ces cas de paralysie faciale l'explication suivante : Il s'agirait, non d'une paralysie faciale véritable avec flaccidité des muscles, qui permettrait au tonus de l'appareil musculaire du côté opposé de produire la déviation des traits, mais d'une contracture spasmodique unilatérale amenant cette déviation très analogue au premier abord à l'hémiplégie faciale des hémiplégiques organiques. Et ils font remarquer que, dans l'action de souffler, il y a issue de l'air, non pas du côté paralysé, mais du côté où existe le spasme. Cette interprétation peut être exacte dans certains cas. Mais dans le cas inédit que nous rapportons, notre maître, M. Bernheim, nous a bien assuré que lors de l'examen de la malade, à son entrée à l'hôpital, il s'agissait d'une paralysie faciale ordinaire.

(1) J.-M. Charcot. Œuvres compl. 1886. — T. I, p. 332, et T. III, p. 323.

(2) Hélot. Etude sur quelques cas d'hémiplégie hystérique. Th. Paris 1870.

(3) Méchin. Loc. cit.

(4) E. Brissaud et P. Marie. — In Progr. méd. 1887, p. 84 et p. 128.

Nous concluons donc que, si la participation de la face dans l'hémiplégie dite hystérique est rare, cependant elle n'est pas impossible, ce que déjà nous étions tenté d'admettre à priori, nous souvenant de l'assertion suivante de M. Charcot : « l'hystérie est une névrose essentiellement neuro-mimétique ».

Fréquemment les parties paralysées du mouvement le sont aussi de la sensibilité. Et, pour certains auteurs, cette anesthésie serait un phénomène presque constant. Il est cependant des cas où le trouble de la sensibilité n'a pas été trouvé. Et la thèse de Huchard (1) a été écrite dans le but d'en montrer l'existence, mais l'auteur dit dans ses conclusions : l'absence d'anesthésie, pendant une longue période de la paralysie, est cependant un fait très rare.

Nous ne rappellerons pas ce que nous avons dit ailleurs de l'hémi-anesthésie, et il va sans dire que ce que nous disons ici ne s'applique pas aux cas où elle existe.

L'anesthésie a souvent les mêmes limites que la paralysie. Et cette limitation offre, dans certains cas, une aide précieuse pour faire le diagnostic différentiel avec les paralysies organiques. S'agirait-il, par exemple, d'une monoplégie brachiale occasionnée par névrite du plexus brachial, la perte de la sensibilité porterait sur toute la partie inférieure du membre, mais ne dépasserait guère le tiers inférieur du bras ; tandis que, dans nos observations de monoplégie brachiale, nous la voyons remonter jusqu'au-delà de l'articulation humérale et empiéter un peu sur les parties avoisinantes du thorax, surtout du côté de l'omoplate. Dans d'autres cas de paralysies psychiques, elle rayonne autour des articulations, et se montre ainsi, d'une façon indiscutable, sans rapport avec les distributions nerveuses. Nous donnerions volontiers à cette anesthésie le qualificatif de fonctionnelle, c'est-à-dire qui se rattache au fonctionnement d'un article, pour la distinguer des anesthésies anatomiques, qui suivent le trajet connu des nerfs.

Cette anesthésie est complète dans la plupart des cas, c'est-à-dire qu'elle atteint tous les modes de la sensibilité, au contact, à la température, à la piqure, à l'électricité. Elle est superficielle ou cutanée, et profonde, car les muscles, les tendons,

(1) F. Huchard. De la paraplégie hystérique sans anesthésie (Th. Paris 1881).

les nerfs, les articulations ne ressentent plus les excitations portées sur eux.

Le sens musculaire est aussi aboli ; et, si le malade ne peut pas s'aider de ses yeux pour diriger les mouvements du membre opposé, il ne se rend pas compte de la position de son membre malade, et n'arrive pas à en toucher, sans hésitation, tel ou tel point qu'on lui indique.

Les réflexes tendineux sont augmentés ou normaux, mais presque jamais diminués.

Au début des études faites sur ces paralysies, on avait cru leur trouver un signe différentiel avec les paralysies organiques dans l'absence d'atrophie musculaire. Depuis, M. Charcot et de nombreux observateurs ont noté une amyotrophie parfois considérable. Cette atrophie n'est pas toujours en rapport avec le défaut de fonctionnement du membre ; elle peut être très-accusée, se montrer en très-peu de temps, et persister même lorsque la paralysie a cessé.

Cette état d'atrophie répond-t-il à une lésion anatomique des muscles ? Pour répondre à cette question nous emprunterons les paroles suivantes à *Oppenheim* (1) : « Des altérations anatomiques des muscles, la plus fréquente a été la perte de la striation transversale. Cette striation, dans des cas particuliers, avait complètement disparu dans la plupart des fibres ; en outre, on trouvait une inégalité des fibres en section transversale provenant du rapetissement et de l'hypertrophie de certaines des fibres primitives. A cela venait se joindre, parfois, une multiplication des noyaux du sarcolemme. »

Empruntons encore au même auteur les passages que voici : « L'altération de la substance musculaire peut aussi se constater par l'épreuve électrique. L'altération de l'irritabilité électrique n'est jamais une réaction de dégénérescence, mais consiste dans une simple diminution quantitative. Quelquefois on a pu constater de hauts degrés de la diminution d'excitabilité ; alors on rencontrait une forte cyanose et une diminution de température de la peau, de même qu'un accroissement de la résistance conductrice de cette peau. »

(1)*Oppenheim* : Die traumatischen Neurosen. p. 111.

« Pour ce qui est des phénomènes vaso-moteurs, il faut remarquer tout d'abord que l'on trouve assez souvent de la cyanose dans les membres paralysés. La peau du membre est rouge-bleu, et plus froide que celle du côté sain, et sa température est abaissée d'une manière appréciable. On observe aussi un gonflement œdémateux du membre soustrait à la volonté, et cela plus souvent à la jambe qu'au bras.

Ici se rapporte ensuite le symptôme assez fréquent de l'affluence du sang vers la tête. Par le fait d'une légère excitation, le visage, le cou, et aussi bien la partie supérieure de la poitrine se recouvrent d'une rougeur en partie diffuse et en partie tachetée. Quand au phénomène de rougeurs intenses et longtemps persistantes à la suite d'excitations mécaniques légères de la peau, je ne veux pas y insister trop, parce qu'il se rencontre aussi chez des personnes en bonne santé. »

Nous ajouterons que l'on a constaté dans diverses observations une sudation exagérée des membres atteints de paralysie. Page croit qu'elle correspond à un défaut de circulation dans la périphérie et indique la perte d'élasticité normale du système vaso-moteur

Donnons ensuite quelques chiffres pour étayer les considérations précédentes et ce que nous dirons plus loin aux chapitres de l'étiologie et du traitement. Parmi les 23 observations que nous avons réunies sous le titre de paralysies flasques, nous trouvons :

- 1 cas de paralysie limitée à la main,
- 1 cas de paralysie du membre supérieur, à l'exception de la main.
- 7 cas de monoplégie brachiale,
- 1 cas de monoplégie crurale,
- 4 cas de paraplégie,
- 9 cas d'hémiplégie.

Dans tous les cas de monoplégie il y a un rapport évident entre les troubles paralytiques et le point d'application du trauma. — Ce rapport paraît moins net pour ce qui concerne les paraplégies : deux fois contusion d'une hanche, une fois contusions multiples par accident de chemin de fer, une fois chute sur le dos. — Pour les hémiplégies, quatre fois le choc sur la tête est signalé (et une seule fois l'hémiplégie ne siège pas primitivement du côté où a porté le coup, mais dans ce cas, à la suite de crises ultérieures, ce fut le côté gauche, côté frappé,

qui se paralysa) ; — une fois il y eut chute sur le côté droit et paralysie de ce côté ; — et quatre fois l'hémiplégie résulta d'une chute sur le dos, du passage d'une voiture sur le corps, d'une morsure à la main et de l'application d'un bandage serré.

Nous trouvons un début immédiat dans huit observations ; — dans quatre, le début varie de quelques heures à un jour, — pour les autres, il est progressif ; — la paralysie s'établit peu à peu, en trois, six ou huit jours ou dans un laps de temps que les auteurs ne précisent pas

Hormis deux cas où nous voyons notée de l'hyperesthésie, nous avons trouvé partout de la diminution de la sensibilité. L'anesthésie a la même distribution que la paralysie dans nos neuf cas d'hémiplégie, dans deux cas de paraplégie (ce renseignement manque dans un cas), et dans cinq cas de monoplégie. Il y a de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle dans trois cas de monoplégie.

Seize fois des troubles sensoriels sont indiqués.

L'amyotrophie a été notée six fois.

Au point de vue des antécédents héréditaires, sept fois il n'en est pas fait mention.

Pour les autres cas, il y a des antécédents névropathiques, soit seuls, soit combinés avec des antécédents arthritiques (quatre fois), ou tuberculeux (trois fois).

Pour ce qui est des antécédents personnels, hormis huit cas où les auteurs indiquent qu'il n'y avait pas de nervosisme antérieur, il s'agit toujours de sujets impressionnables ou nerveux, et trois fois de sujets hystériques.

Dans 10 cas les accidents ont été suivis à intervalles plus ou moins longs de crises convulsives.

Nos observations portent sur 5 femmes et 18 hommes, — dont l'âge varie entre 17 et 69 ans, — et dont 17 n'avaient pas 35 ans.

Enfin au point de vue des suites, nous trouvons :

- 4 cas sans amélioration,
- 2 cas d'amélioration sans traitement,
- 1 cas — par le transfert (procédé Babinski),
- 2 cas — par le massage et la flagellation,
- 6 cas de guérison sans traitement,
- 1 cas — à la suite d'une crise,
- 1 cas — par suspension,
- 3 cas — par suggestion hypnotique.

§ II. — Contractures

OBSERVATION XXIV

Paraplégie et monoplégie brachiales, avec contractures consécutives à un éboulement. — Légère amélioration par la suspension.

Big. — (1) 54 ans. Entré au service de médecine de M. le prof. Spillmann le 12 Juin 1889.

Antécédents héréditaires. Le malade nous a dit appartenir à une famille de nerveux, mais il n'a pas connaissance qu'aucun de ses ascendants ou collatéraux ait eu des attaques de nerfs ou ait été traité pour une affection nerveuse. — Il est père de 6 enfants vivants, tous bien portants, mais nerveux comme lui. De plus il a perdu 3 autres enfants, dont une jeune fille morte à 6 ans de méningite. — Ant. pers. : jusqu'au jour de son accident, Big... a toujours joui d'une bonne santé. — Il y a quelques années, d'un coup de hachette il se trancha la dernière phalange de l'index gruche ; la cicatrisation eut un cours normal.

C'est un homme bien constitué, vif, impressionnable, très enclin à de violentes colères.

En avril 1889, il fut renversé par l'éboulement d'un tas de troncs de sapins, sous lesquels il resta pris pendant une heure environ. Quand on le releva, ses deux jambes et son bras gauche étaient paralysés et rigides. Il resta deux jours chez lui, puis fut amené dans le service de chirurgie de M. le professeur Gross le 24 avril.

A ce moment on constate une paraplégie avec contracture et tremblements épileptoïdes. Le bras gauche est de plus fortement appliqué contre le tronc ; l'avant-bras fléchi sur le bras ; les doigts offrant la situation de ceux d'une main qui tient une plume pour écrire. — La tête et le tronc sont immobilisés en extension. Le malade ne peut s'asseoir. Il crie dès qu'on veut le mouvoir. Il y a anesthésie totale du bras gauche depuis la partie interne de l'épaule ; et anesthésie des 2 membres inférieurs depuis le pli de l'aîne.

Pas de troubles vésicaux ni rectaux.

On soumet le malade à l'électrisation. — Pendant 15 jours, il n'eut aucune sensation du courant ; au bout de ce temps, il commença à le sentir. Mais l'amélioration étant peu sensible, on le fait passer dans le service de médecine, le 12 juin suivant.

12 juin 1889. Même état de la motilité et de la sensibilité qu'après l'accident. — Pas d'atrophie musculaire.

On remarque de nouveau que le malade est d'une émotivité extrême.

On le suspend pour la première fois pendant 1/2 minute. Il pousse des cris, pendant et après la suspension, et dit préférer mourir que de souffrir ainsi.

(1). Obs. inédite de M. le prof. Spillmann.

14. 2^e Suspension, de la durée d'une 1/2 minute. Mêmes cris, mêmes douleurs. — A la suite, le malade parvient à élever le pied gauche de quelques centimètres au-dessus du plan du lit.

16. 3^e Suspension, — 3/4 minute. Même état. De plus le malade peut un peu mouvoir la main qui pendant ce temps est animée de tremblements épileptoïdes.

18. 4^e, — 1 minute. Même état.

La suspension est alors cessée jusqu'au 16 juillet, — en raison d'une pneumonie dont le malade est atteint.

Pendant la convalescence de cette pneumonie, vers le 1^{er} juillet, Big... parvient à amener la main gauche à moitié chemin de la bouche. Ce mouvement s'accompagne de tremblements épileptoïdes. La main est toujours contracturée dans la flexion. — Il élève un peu les 2 jambes au-dessus du plan du lit; en procédant graduellement et sans violence, on peut les lui élever jusqu'à 60 centimètres.

La jambe reste fixée dans l'extension sur la cuisse, et le pied est dans le prolongement de la jambe, sans qu'on puisse modifier ces situations.

Aux membres inférieurs, la sensibilité est revenue jusqu'à un travers de main au-dessous du pli de l'aîne, — et au bras jusqu'à l'insertion du deltoïde.

16 juillet. On parvient à vaincre en partie la rigidité du bras gauche, — et au prix de douleurs, on amène la main du malade jusqu'à la bouche. — La sensibilité est revenue à ce membre jusqu'au 1/3 inférieur de l'avant-bras, — et aux membres inférieurs jusqu'à un travers de main au-dessous du genou.

On reprend la suspension (5^e séance, — durée 1 1/2 m.); elle se fait sans douleurs; le malade reste calme.

18. — 6^e, — 2 m. 1/2. Le malade supporte bien la suspension.

20. — 7^e, — 2 m. 1/2. Le malade peut saisir un crayon avec la main gauche.

22 — 8^e. — 3 minutes. — Le malade peut écarter les doigts de la main gauche et la porter sur le sommet de la tête, mais avec des tremblements épileptoïdes.

24 — 9^e. 3 minutes. Même état.

26 — 10^e; — 29 — 11^e; puis une nouvelle poussée de pneumonie oblige d'interrompre les suspensions.

Le 8 Août. Nous trouvons le malade dans l'état suivant : La contracture du bras gauche cède peu à peu : le bras fait avec le tronc un angle d'environ 15°; l'avant-bras est au 1/4 de flexion sur le bras, et le malade peut augmenter la flexion jusque un peu au-delà de l'angle droit; il peut porter la main à son visage, mais avec beaucoup de peine et les tremblements déjà signalés.

La main gauche et le tiers inférieur de l'avant-bras sont insensibles à la piqûre. Les deux membres inférieurs sont contracturés dans l'extension. Le malade ne peut fléchir les jambes sur les cuisses; — il parvient à détacher la jambe droite du plan du lit, et à l'élever jusqu'à 50 cm. environ, avec tremblements; — à gauche, le membre est agité de tremblements plus étendus et ne s'élève pas au-dessus de 10 cm. — La sensibilité a reparu sur ces deux membres, hormis les pieds et les tiers inférieurs des jambes.

13 Août. L'épreuve du champ visuel ne donne qu'un très-léger rétrécissement pour le blanc et les couleurs rouge et bleu, sans transposition du

rouge, mais avec cette particularité que le cercle du blanc est intérieur aux cercles du bleu et du rouge.

16. Les régions avoisinantes des articulations de l'épaule, du coude et du poignet gauches sont analgésiées ; la main gauche est complètement insensible.

La sensibilité est diminuée sur les deux membres inférieurs, — elle est complètement abolie pour le pied droit, le pied et la moitié inférieure de la jambe gauches. — Les organes génitaux et le sacrum ne sont pas compris dans la zone d'analgésie.

Le malade peut porter son bras dans l'abduction jusqu'à un angle d'environ 40° ; les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras sont plus faciles et plus étendus, sans arriver cependant à la flexion ni à l'extension complètes. Les tremblements épileptoïdes diminuent notablement d'amplitude.

Pour ce qui est des membres inférieurs, le pied droit est soulevé jusqu'à 60 cm. du plan du lit ; — le gauche, 15 cm. Le membre inférieur gauche, exposé à l'air, et reposant sur le lit, est agité de trépidation dans les muscles postérieurs de la jambe et interne de la cuisse. De ce côté, le malade ne peut fléchir la jambe sur la cuisse, — tandis que du côté opposé il arrive à un angle de 175° environ de la jambe avec la cuisse. — La mensuration du bras gauche donne 25 cm. à un travers de main au-dessus du coude, — pour 28 au bras droit ; — celle de l'avant-bras gauche 24 cm. à un travers de main au-dessous de l'olécrane, — pour 25,5 à droite.

29 août. L'avant-bras ne peut pas être étendu sur le bras, mais la flexion arrive à peu près à sa limite normale, et le malade l'exécute volontairement, presque sans tremblements. Le mouvement d'abduction du bras atteint 50° environ.

Le malade peut porter sa main sur le sommet de la tête. Les doigts sont toujours contracturés dans la demi-flexion et peu mobiles volontairement ; le pouce a de très faibles mouvements d'opposition, seule la dernière phalange paraît plus libre. La mobilité a également progressé dans les jambes. A gauche, le pied peut se détacher du plan du lit jusqu'à 25 centimètres environ. La flexion active de la jambe sur la cuisse peut être ébauchée ; à droite, elle est poussée presque jusqu'à l'angle droit. Des mouvements épileptoïdes spontanés se remarquent sur le pied gauche, qui est tuméfié ; ces mouvements s'arrêtent par la volonté du malade.

Les zones d'anesthésie sont peu modifiées. Nous noterons cependant la réapparition de la sensibilité à la piqure.

Le malade peut faire quelques pas dans la salle en s'aidant de deux crosses.

Depuis quelque temps, l'humeur du malade s'était modifiée ; il eut des démêlés avec l'infirmier, et on dut le changer de salle. Puis, comme on l'excitait assez vivement chaque jour à prendre plus d'exercice, à marcher, à faire des tractions avec la main gauche sur une bande élastique fixée à sa portée, et comme on lui disait que sa guérison dépendrait de ses efforts, il crut qu'on ne prenait plus assez soin de lui, et quitta l'hôpital en septembre.

14 novembre. Il rentre dans le service. — Il n'a pris pendant son absence que du bromure de potassium.

Les mouvements du bras sont ce qu'ils étaient avant son départ, — sauf qu'ils s'exécutent à présent sans tremblement. Les articulations de l'épaule et du poignet sont rigides. Le malade ne peut ni ouvrir ni fermer la main.

Il ne peut se tenir seul debout. Il marche avec deux crosses, en s'appuyant surtout sur le pied droit ; la progression se fait par des mouvements du bassin, et la jambe gauche est brusquement lancée en avant. Les mouvements dans les articulations ne sont pas plus libres qu'au mois d'août, et il persiste encore dans les membres inférieurs des tremblements épileptoïdes des muscles. Au repos, on remarque encore des frémissements musculaires dans ces membres. Les troubles de la sensibilité sont à peu près ce qu'ils étaient en août, si ce n'est que l'anesthésie de la jambe gauche remonte jusqu'au-dessus du genou.

Le malade se plaint de lancements dans le bras gauche, les reins et les jambes, — mais qui ne l'empêchent pas de dormir.

Son état général est resté excellent. — Nous n'avons pas observé de troubles des sens. Nous avons recherché en vain la micropsie et la macropsie, — la diplopie monoculaire.

A la date du 8 décembre, nous avons repris de nouveau le champ visuel ; et par la comparaison avec le tracé du mois d'août, nous avons remarqué que s'il ne s'agit pas d'un retrécissement concentrique considérable, le cercle du rouge tend à devenir extérieur au cercle du bleu, — interposition sur laquelle a insisté M. Charcot.

Il y a un peu d'anesthésie pharyngienne.

En résumé, si les douleurs du début sont devenues moins intenses, si les mouvements du bras ont repris un peu d'amplitude, par contre, la paraplégie n'a pas diminuée notablement, surtout depuis quatre mois. Il est juste de signaler toutefois que le malade a fait une demande de dommages-intérêts d'une somme assez considérable et que la préoccupation de la voir aboutir peut n'être pas sans influence sur la persistance de son état stationnaire et la lenteur de son amélioration.

OBSERVATION XXV

Monoplégie crurale avec contracture, consécutive à l'application d'un appareil inamovible. — Guérison

Jeune fille (1), de 26 ans, entre, vers le mois de novembre 1884, à la clinique chirurgicale pour une entorse tibio-tarsienne. M. le professeur Weiss lui appliqua un appareil inamovible. Au bout de quelques semaines, ayant enlevé l'appareil, il constata que le pied était désenflé, mais tout le membre était rigide et douloureux. Il me pria de la voir, ; il y avait contracture et hyperesthésie excessive au moindre toucher. Nous diagnostiquâmes : contracture hystérique développée par le traumatisme. Elle ne présentait d'ailleurs et n'avait jamais présenté aucune autre manifestation hystérique, ni anesthésie, ni ovarialgie, ni crises. J'essayai de l'hypnotiser ; elle s'y prêta de mauvaise grâce, disant que cela ne servirait à rien ; j'arrivai cependant à l'endormir deux ou trois fois en sommeil assez profond. Mais la contracture douloureuse persistait ; la malade semblait mettre une certaine malice à démontrer devant les malades du service que cela ne servirait à rien,

(1) In. de la suggestion, p. le Prof. Bernheim. — p. 231.

qu'elle avait toujours mal. Puis après quelques séances je ne pus plus l'hypnotiser. On lui remit un appareil. Trois mois plus tard, sans aucune cause, comme pour affirmer le diagnostic, elle eut une rétention d'urine, et, depuis ce moment la rétention persiste avec la contracture, il faut la sonder régulièrement trois fois par jour. J'essayai de l'hypnotiser de nouveau ; pour échapper à mes obsessions, elle simula le sommeil.

Cependant la contracture persistant amena une rétraction du tendon d'Achille et un pied bot équin ; à plusieurs reprises il fallut la chloroformer pour redresser le pied et finalement sectionner le tendon d'Achille. La contracture du genou finit par céder spontanément : celle de la jambe et du pied persiste et un appareil inamovible maintient constamment son pied fléchi.

Contre la rétention d'urine j'essayai en vain l'intimidation, l'électrisation, les moyens les plus variés. Rien n'y fit. Dans ces derniers temps, j'ai procédé par voie de douceur ; je l'ai hypnotisée de nouveau, elle s'y prêtait bien et entraînait en sommeil profond sans simulation. Elle est désolée de sa situation, elle voudrait certainement guérir et s'irrite quand on l'accuse d'y mettre de la mauvaise volonté. Au mois de mars de cette année, après que je l'eus plusieurs fois hypnotisée, en cherchant à lui inculquer l'idée qu'elle guérirait bientôt, elle a paru accepter cette idée ; elle a même fixé dans son sommeil le jour précis où elle urinerait spontanément, dans 15 jours, un mercredi. La prédiction ne s'est pas réalisée : la rétention d'urine a persisté.

Il s'agit là certainement d'une contracture et d'une paralysie psychiques. L'idée enracinée, l'auto-suggestion inconsciente est telle que rien encore n'a pu la déraciner. Au début du traitement, la malade paraît s'être affirmé que l'hypnotisme ne la guérirait pas. Est-ce cette idée fortement ancrée dans son cerveau qui paralyse nos efforts et son propre désir de guérir.

Les symptômes (1) persistèrent à peu près les mêmes : rétention d'urine et contracture du membre inférieur droit. On dut sonder la malade deux ou trois fois par jour ; en vain on voulut l'obliger à se sonder elle-même avec une sonde en verre, elle déclara ne pas pouvoir le faire.

En mai 1887, je laisse à la malade une sonde et je lui dis d'essayer de s'en servir. Je défends qu'on appelle l'interne de garde. Puis je ne lui parle plus de rien ; mais j'apprends qu'elle arrive à se sonder elle-même ; et cinq ou six mois après j'apprends qu'elle ne se sonde plus, qu'elle urine seule. Quant à la contracture du membre inférieur droit, elle persiste en dépit de tout ; le membre continue à s'atrophier et garde l'attitude du pied bot équin. L'appareil est renouvelé de temps en temps.

Un beau jour, vers janvier 1888, je trouve l'autre jambe (gauche) contracturée en extension ; et cette contracture, sans grande douleur, devient aussi permanente.

Devant l'insuccès de tous les traitements, pensant que l'affection céderait peut-être au temps ou à l'indifférence, je cessai de m'occuper de la malade, la traitant, pour ainsi dire, par le mépris. Je passais devant son lit, sans m'y arrêter, sans vouloir l'examiner, haussant les épaules quand elle faisait mine de me demander quelque chose.

(1) Voici la suite de l'observation, que veut bien nous communiquer notre maître, M. le professeur Bernheim.

Peu à peu la malade devint acariâtre ; se croyant tout permis, indocile, etc. La contracture double persistait, moins accusée cependant à gauche qu'à droite.

Vers juin 1888, la malade ayant eu une discussion avec la sœur, j'ordonnai qu'on l'envoyât au service des convalescents. Elle entra dans une violente colère, alla au service de chirurgie prier l'interne de lui enlever son appareil, sortit à pied de l'hôpital, avec ses membres encore contracturés, et alla chez sa sœur qui refusa de l'accepter. Elle voulut rentrer à l'hôpital, mais nous ne la reçûmes pas.

Elle continua dès lors à rouler en ville, où les élèves la rencontrèrent marchant bien et sans contracture.

Quelques mois plus tard, elle revint au service pour une grossesse ; nous l'avons conservée deux mois, jusqu'à la veille de son accouchement. La contracture avait complètement disparu. Il ne restait qu'une atrophie musculaire notable du membre inférieur droit, et de l'équinisme, sans raideur.

OBSERVATION XXVI

Contracture du membre inférieur gauche. Guérison par suggestion.

Ph... (1), âgé de 17 ans, a des antécédents nerveux remarquables. L'hystérie a débuté chez elle, il y a près d'un an, et s'est caractérisée par des attaques intenses. — A la suite d'un traumatisme léger, elle a été atteinte, il y a huit mois, d'une contracture du membre inférieur gauche (pied dévié en dedans, rigidité du genou, et rotation de la cuisse). Elle ne présenta dès ce moment pour tous stigmates hystériques que de la diathèse de contracture.

On provoque chez Ph... le petit hypnotisme et dans cet état on obtient par suggestion la disparition du pied bot ; mais à peine la malade est-elle réveillée que la déformation se reproduit telle quelle immédiatement. Cependant quelquefois la guérison se maintient pendant une heure. Pendant l'espace de trois mois, on constata maintes fois ce phénomène particulier. Mais une série d'hypnotisations et en même temps de suggestions ayant été pratiquées pendant 3 heures consécutives, la déformation disparut et ne revint plus. La guérison est actuellement définitive.

OBSERVATION XXVII

Parésie du bras droit, avec contracture consécutive à un traumatisme.

Dessinateur (1) au chemin de fer du Midi, âgé de 30 ans. Sans antécédents pathologiques héréditaires ou personnels ; — n'a jamais présenté ni syphilis ni alcoolisme. — Le 12 janvier 1886, il passait sous un tunnel, quand un individu caché dans un refuge se jeta inopinément sur lui, pour s'empa-

(1) Obs. de Blocq. in th. de Paris. 1888. Des contractures.

(1) Obs. de J. Grasset. in Leçons sur l'Hystéro-traumatisme, Paris 1889.

rer de sa sacoche. X... ne perdit pas son sang-froid, et se servant de sa canne, fit lâcher prise à son agresseur, qui prit la fuite, après lui avoir porté un coup de couteau dans le côté droit de la poitrine. L'hémorrhagie fut assez abondante ; mais le blessé ne perdit pas connaissance, et put faire 2 kilomètres à pied. La plaie examinée par M. le docteur Poussié, n'intéressait ni la cavité thoracique, ni même les plans musculaires profonds, et fut cicatrisée au bout de 15 à 18 jours.

Dès le premier instant X... avait senti son bras droit engourdi, et dans les jours qui suivirent, il éprouvait, dit-il, un cauchemar bizarre : il lui semblait que son bras ne lui appartenait plus et qu'il devait être mû par un ouvrier placé à ses côtés. Il ressentait aussi des élancements douloureux dans la région mammaire et l'épaule droites.

Quatre mois après l'accident, le malade alla se soumettre à l'examen du docteur Dubreuilh (de Bordeaux), et celui-ci ayant palpé légèrement la cicatrice, provoqua une douleur atroce, et fit naître une véritable petite crise convulsive caractérisée par un tremblement violent de l'épaule et du bras droits avec douleur vive au côté gauche du crâne, mais sans généralisation de ces phénomènes et sans strangulation. Ces crises se sont reproduites chaque fois qu'on a essayé de toucher cette région.

Le 11 avril 1888, nous examinons à notre tour le malade. C'est un homme robuste, intelligent. Sa main et son avant-bras droits ont conservé leurs mouvements, bien que l'épreuve au dynamomètre ne donne qu'un chiffre deux fois plus faible qu'avec la main gauche. Les mouvements de l'épaule sont impossibles, et le bras ne peut être activement éloigné du tronc. — L'anesthésie est complète sur tout le membre et pour tous les modes d'excitation. Le sens musculaire est aboli. — Il persiste toutefois une sensibilité vague dans la profondeur, — et le malade peut écrire en suivant la main des yeux. La limite de la région anesthésique est fort nette ; elle rappelle la disposition en ligne de désarticulation.

Sur la poitrine, un peu au-dessus de la cicatrice, existe une zone superficiellement anesthésique, mais spasmogène dans la profondeur, dont la pression détermine dans le bras droit un violent tremblement, et des convulsions généralisées, si on insiste. La crise se termine par des larmes involontaires. Le gonflement de cette région est produit par la contracture des faisceaux inférieurs du grand pectoral, ce qui nous explique l'impossibilité pour le malade d'écarter le bras du tronc. On a en vain essayé de le traiter par les aimants et l'hypnotisme, l'état du patient est resté ce qu'il était le premier jour. Notons, en outre, qu'il est tourmenté par des insomnies rebelles.

L'examen plus approfondi du malade n'a pas fait découvrir de plaques anesthésiques, ni d'anesthésie pharyngienne, ni de rétrécissement concentrique du champ visuel.

OBSERVATION XXVIII

Contracture du bras. — Piqure. — Guérison.

Une jeune fille (1) de 11 à 12 ans, s'était piqué l'index de la main gauche avec la pointe d'une paire de ciseaux. L'accident fut suivi immédiatement d'une

(1) Obs. de B. Brodie. — In : Lectures illustratives of certain local nervous affections. (London, 1837).

douleur occupant le trajet du nerf médian. Dès le lendemain, était survenue une contracture des muscles, par suite de laquelle l'avant-bras devint fixé à angle droit sur le bras. Quelques jours après, tous les muscles de la main et de l'avant-bras furent le siège de spasmes violents, produisant dans la main et l'avant-bras des mouvements convulsifs singuliers. Puis survinrent des nausées et des vomissements, et, pendant deux jours, tout ce qu'on introduisit dans l'estomac était immédiatement rejeté. Par la suite, les autres membres furent affectés de la même façon, et il devint impossible à la jeune malade de marcher ou même de se tenir debout. Par moment se montrait une contracture du diaphragme avec menace de suffocation, ou encore une occlusion permanente de la mâchoire, déterminée par une contracture du muscle masséter, ou enfin une douleur de tête vive et qui, par son caractère, rappelait la douleur du doigt piqué. — Une intervention chirurgicale tentée à plusieurs reprises, eut plutôt pour effet d'aggraver le mal. — La guérison eut lieu cependant au bout de 2 ans, spontanément.

OBSERVATION XXIX

Contracture hystéro-traumatique des paupières droites.

Mlle X... (1), 14 ans, robuste d'aspect, d'une constitution lymphatique florissante. Les règles ont apparu 2 ou 3 fois à des périodes inégales, sans malaises généraux, mais avec quelques indécisions de caractère. Un jour pendant une récréation, dans le couvent où elle est élevée et où elle est comptée parmi les meilleures élèves, une camarade lance au hasard une poignée de sable. La jeune fille en reçoit quelques grains dans l'œil droit.

Il résulte de ce traumatisme insignifiant une conjonctivite également insignifiante, du larmolement, de la rougeur des paupières, qui dure quelques heures à peine. Le lendemain en se réveillant, la malade est prise d'une contracture qui l'empêche absolument d'ouvrir les paupières du côté droit. Le spasme tonique n'a pas été précédé de mouvements cloniques. La douleur a disparu, mais la contraction persiste et se prolonge, pendant 4 mois.

L'enfant est ramenée dans sa famille. Aucune des médications essayées et condamnées d'avance n'amène d'effets utiles. Le blépharospasme cesse une nuit pour ne plus reparaitre. Il est survenu depuis des accidents hystériques inutiles à rappeler.

OBSERVATION XXX

Monoplégie brachiale hystéro-traumatique. — Amélioration

Dum... (2), 30 ans, garçon boucher. — Rien de spécial à noter dans les antécédents héréditaires. — Antéc. pers. : pas de maladie antérieure, pas d'alcoolisme, pas de syphilis. — En janvier 1886, il fut renversé sous le poids d'un demi-bœuf, sous lequel son bras gauche resta pris pendant quelques

(1) Obs. de Ch. Lasèque.

(2) Obs. rés. de Berbez, loc. cit.

minutes. Pas de perte de connaissance, seulement un peu d'étourdissement. Voyant son bras enfler, D... entra à l'hôpital quatre jours après. Le bras n'était pas douloureux, mais le malade ne le sentait pas ; aucun mouvement n'était possible ; il n'y avait pas de raideur. Pendant quinze jours, on mit des compresses et des cataplasmes ; puis ensuite un appareil plâtré qui fut gardé quarante-cinq jours. L'appareil enlevé, les doigts se sont alors fléchis, contracturés dans la main.

Etat au 18 mai 1886 : homme bien constitué, peu intelligent. — Pas de troubles viscéraux. Bon appétit. — Peut-être un peu d'amnésie traumatique. L'avant-bras en supination est légèrement fléchi sur le bras ; les doigts allongés et contracturés sont fléchis sur la main ; le pouce est fortement fléchi vers eux. Les mouvements volontaires sont pour ainsi dire nuls, et les mouvements passifs ne sont guère plus étendus. — Les réflexes du coude et du poignet sont exagérés à gauche. — Le sens musculaire et la sensibilité à la piqure et au froid sont abolis dans toute la hauteur du membre, sauf à face palmaire des doigts et dans un triangle qui descend de l'aisselle sur le bras. — Il y a manifestement de l'amyotrophie, et la peau présente un état lisse. La température locale est abaissée, — et le bras se couvre de sueurs par les efforts ou la fatigue.

Hémianesthésie sensitive et sensorielle à gauche. — A plusieurs reprises, accès d'étouffement avec aura partant du bras gauche et gagnant le larynx. — Le 21 juin on pratique des frictions avec les mains enduites de glycérine, et en même temps on fait des tractions et on tente quelques mouvements. Cette opération douloureuse est suivie d'amélioration ; mais le malade quitte bientôt l'hôpital, avant sa guérison complète, afin d'exploiter son infirmité et de se livrer à la mendicité.

OBSERVATION XXXI.

Monoplégie brachiale, avec contracture. — Brûlure.

X..., (1) forgeron, 34 ans, père de quatre enfants. — Pas d'antécédents névropathiques héréditaires ou personnels. — Le 26 juin 1886, une barre de fer rouge le brûla à l'avant-bras et à la main gauches. L'accident ne lui causa pas trop d'émotion et la brûlure guérit au bout de six semaines. La contracture ne s'est développée que d'une manière graduelle et a mis environ deux mois pour s'établir telle que nous la constatons. — cette contracture persistant depuis trois mois, le jour et la nuit, résiste à toute tentative de réduction. L'épaule et le bras sont libres, l'avant-bras est plutôt dans la pronation ; la main est fléchie sur l'avant-bras. Les quatre doigts sont fléchis de telle façon que les ongles s'impriment dans la paume de la main ; les doigts sont énergiquement serrés les uns contre les autres, et le pouce est fortement appliqué contre la face externe de la deuxième phalange de l'index. Les extenseurs sont en jeu aussi bien que les fléchisseurs.

(1) Obs. rés. de Berbez, loc. cit.

M. Debove a de plus constaté une hémianesthésie gauche, une obnubilation très marquée du goût, de l'ouïe, de l'odorat, à gauche ; le champ visuel est rétréci des deux côtés, surtout à gauche. Pas d'achromatopsie. Pas de zone hystérogène.

Une première application d'aimant du côté de la contracture a ramené la sensibilité, sans transfert, dans le membre supérieur droit, au tronc et à la tête, mais non à la main et au poignet. — Une seconde application a fait disparaître l'insensibilité de la main et provoqué un engourdissement de la main du côté opposé. Aujourd'hui (février 1887) la contracture seule persiste, l'hémianesthésie a complètement disparu.

OBSERVATION XXXII.

Contracture de la main. — Eracement.

Le 27 avril 1877, Hortense X..., (1) âgée de 27 ans, eut l'avant-bras droit serré entre un mur et un plateau tournant. Aussitôt sur la partie soumise à la pression, assez vive douleur, et gonflement avec ecchymose, mais sans plaie.

H... assure que quelques instants après l'accident, une contracture dans la demi-flexion commença à se produire dans l'annulaire et le petit doigt de la main droite. Les jours suivants, les trois autres doigts furent envahis à leur tour. Sous l'influence de résolutifs, le gonflement et l'ecchymose disparurent bientôt, mais la contracture persista. L'attitude rappelle celle de la main tenant méthodiquement une plume à écrire. La pression exaspère la douleur, et peut amener une sorte de crise nerveuse, avec perte de connaissance. Pendant le sommeil chloroformique très profond, on peut, non sans effort toutefois, étendre les doigts, mais lorsqu'on les abandonne, ils reprennent aussitôt leur position vicieuse.

Au commencement du mois d'août, sans cause appréciable, la contracture et la douleur cessèrent, mais il était survenu une paralysie complète portant à la fois sur le sentiment et le mouvement de tout le membre supérieur droit, qui est flasque. Le membre inférieur droit est de même atteint, mais à un moindre degré. Il y a de plus une hémianesthésie droite absolue, avec participation des sens. Ovarie droite.

A partir de cette époque, d'autres accidents hystériques se sont manifestés successivement : accès de dyspnée, douleur précordiale, toux sèche, rétention d'urine, vomissements. Pas d'attaque hystéro-épileptique régulière.

Il est à remarquer que H..., mère de deux enfants, n'avait jamais éprouvé de maladie sérieuse avant son accident. Seulement, elle était très nerveuse, très irritable. — Au mois d'octobre 1877, l'état était encore stationnaire.

(1) Obs. rés. de Berbez, loc. cit.

OBSERVATION XXXIII

Momoplégie brachiale, avec contracture. — Chute sur le coude.

Mlle Alice M... (1), 25 ans. — Pas d'antécédents nerveux dans la famille. — La malade ne fut jamais bien réglée. Il y a 3 ans, elle a souffert de gastralgie avec vomissements pendant 3 mois; à la suite se montre une gastrorrhagie, probablement de nature hystérique; et depuis, la malade prétend vomir tout ce qu'elle prend comme aliment, même le lait. De temps en temps, attaques d'hystérie avec grands mouvements.

Le 16 octobre 1887, le fiacre dans lequel elle se trouvait fut accroché par une voiture; la malade tomba sur le coude gauche et brisa une des glaces dans sa chute. Sur le moment, elle ne ressentit rien, mais, le soir même, elle fut agitée et nerveuse. Le lendemain, l'avant-bras gauche s'est fléchi sur le bras et est resté ainsi contracturé. La main est restée libre. Il est impossible d'étendre l'avant-bras sur le bras, mais on le peut fléchir davantage.

Pas de rétrécissement du champ visuel, ni de dyschromatopsie. Diminution de l'ouïe et abolition du goût et de l'odorat à gauche. Légère ovarie gauche. Le 3 décembre, elle commença à souffrir dans le genou gauche. Dans la nuit suivante, elle dort peu. Au réveil, la jambe gauche est demi-fléchie sur la cuisse, et il est devenu impossible de la remettre dans la rectitude. Le pied tend également à se mettre en contracture. La sensibilité a disparu pour le pied gauche jusqu'à 3 cm. au-dessus de la malléole externe. Il y a anesthésie du genou gauche s'étendant à 5 cm. au-dessus et au-dessous du pli articulaire.

Le 6, état stationnaire. La malade sort de l'hôpital sur sa demande.

OBSERVATION XXXIV.

Contracture consécutive à un saut. — Guérison.

Marguerite M... (2), 19 ans, couturière. Mère nerveuse. Frères et sœurs morts de méningite ou de convulsions. — Ant. pers.: Convulsions dans l'enfance. Pas de crises de nerfs, pas d'ovarie. Caractère capricieux; pleurs faciles. Oligurie notable (180 gr. pour 24 heures). Bon état général. Menstruation régulière. Saute, en jouant, d'une hauteur de 1 m. 50, « son pied se tourne deux fois ». Enflure du cou-de-pied. Ecchymose en avant la malléole externe. — Friction. Peu à peu le pied se dévie en dedans; les péroniers latéraux sont flasques, le tendon d'Achille rigide, et un mois après l'accident (25 avril 1885), résistance très vive au redressement, douleur intense au contact. — Traitements variés sans résultat; — appareil plâtré. Le 24 août, la déviation a presque disparu. L'électricité rend leur tonicité aux muscles péroniers, et la marche est assurée.

(1) Obs. rés. de *Thyssen*, Th. Paris 1888.

(2) Obs. rés. de *Renard*, Paris 1886.

OBSERVATION XXXV

Contracture du membre inférieur. — Chute sur la hanche. — Guérison.

X... (1) 15 ans, très-irritable. Mère lymphatique. Père tuberculeux.

Le 4 janvier 1883, jouant au ballon, tombe sur la hanche, perd connaissance; revenu à lui ne peut plus marcher. Le 10 février, il veut essayer de faire de la gymnastique, la contracture disparaît subitement. — Le 23 février nouvelle chute, la contracture reparait, pour disparaître le 25. — Le 26, l'enfant était aphasique. — Amélioration rapide.

OBSERVATION XXXVI

Contracture du bras. — Traction. — Guérison.

Germain Bl... (2), 30 ans, mécanicien. — Mère très-nerveuse.

À l'occasion de divers incidents de son existence, Bl... a présenté quelques phénomènes nerveux, avec sensation de strangulation et perte de connaissance.

Le 4 juillet 1887, en tirant violemment sur la corde d'une machine, il ressentit une forte commotion au coude droit, puis survint une impossibilité absolue de remuer le bras; les doigts étaient alors dans l'extension. Le malade se fit frictionner, sans résultat, avec de l'essence de térébenthine. — Deux jours après, les doigts se contracturèrent en flexion, le bras restant raide. —

Le 8 juillet, un médecin électrise le malade qui, à la suite de l'opération, se trouve mal. Pas de modification de la contracture.

Le 10, les mouvements du coude reviennent spontanément.

Le 13 juillet, l'avant-bras, en demi-pronation, fait un angle obtus avec le bras; la main est légèrement fléchie sur l'avant-bras. Les doigts sont fléchis à angle obtus sur les métacarpiens, et accolés les uns aux autres; le pouce s'appuie sur l'index. Les mouvements volontaires du membre sont impossibles.

La sensibilité est très diminuée dans tout le membre, surtout à partir du coude. Point pseudo-ovarien à droite. Point testiculaire faible à droite. — Pas de rétrécissement du champ visuel. — Le malade est peu contracturable par la bande d'Esmarch.

Il offre un état mental particulièrement exalté, — et de plus une sorte d'amnésie. — On tente le transfert par l'aimant, d'après le procédé imaginé par M. Babinski, sur Gr..., malade hystéro-épileptique. Première expérience (le 13 juillet) d'une durée de 10 minutes, sans résultat. À la deuxième, Gr... reproduit exactement la contracture: on la fait disparaître par suggestion. — Après la quatrième, Bl... recouvre les mouvements du petit doigt et de l'auriculaire, et les muscles de l'avant-bras sont moins durs. Pendant ce

(1) Obs. de Mossé.

(2) Observation résumée de Blocq, Th. de Paris 1888.

temps, le malade accuse des picotements dans le bras. Après une heure de répétition de l'expérience, la contracture a complètement disparu, et le malade retourne chez lui guéri.

Le lendemain, il accusait encore un peu de raideur dans le coude, — qui disparut très rapidement après une nouvelle séance de transfert faite dans les mêmes conditions

OBSERVATION XXXVII

Contracture de la main consécutive à une chute sur le poignet. — Guérison.

Vers le mois d'avril 1877, Mlle X... (1), en tombant de sa hauteur se heurta le dos de la main droite contre un tabouret. Il s'ensuivit une douleur assez vive et un peu de gonflement. Deux ou trois jours après, le petit doigt de cette main commença à se fléchir d'une façon permanente ; puis la flexion gagna successivement les autres doigts, et le pouce s'appliqua sur l'index et l'annulaire. — Six semaines après l'accident, le poing est énergiquement fermé, le poignet est rigide, et il existe une anesthésie complète, remontant jusqu'au milieu de l'avant-bras. — Le coude n'est pas contracturé. — Mlle X..., n'a jamais éprouvé d'attaques de nerfs. Elle est calme et d'un caractère enjoué. Pas d'ovarie. Les règles sont revenues deux fois sans incident particulier. Aucun autre trouble de la sensibilité.

Cinq jours après une consultation, sans cause connue ou notable, la main de Mlle X..., s'est ouverte tout à coup et a récupéré tous ses mouvements.

OBSERVATION XXXVIII

Contracture de la main. — Blessure par éclat de verre. — Guérison.

Jeune fille de 16 ans (1), d'une apparence délicate. Père mort dans un asile d'aliénés. Frère à peu près idiot. — Pas de maladie antérieure. Caractère très indépendant.

Le 2 novembre 1881, la malade se fit une blessure insignifiante en cassant un carreau. — Contracture non douloureuse survenue tout d'un coup. Véritable main bote. La déformation est limitée à la main. Le poignet et les articulations supérieures du membre sont libres. Les doigts fléchis forment une espèce de cône, le pouce est appliqué contre l'indicateur. Cette contracture persistante s'est atténuée pendant une période de deux mois sous l'influence d'un premier traitement. — Hémianalgésie gauche, hémianesthésie sensorielle. Ovarie gauche. Rétrécissement du champ visuel, avec transposition du rouge. — Le bras est atrophié. — Guérison par les cœsthésiogènes.

(1) Obs. rés. de Berbez, loc. citat.

OBSERVATION XXXIX.

*Contracture spasmodique des membres inférieurs, de longue durée. Ré-
tractions tendineuses. Intervention chirurgicale. Guérison.*

Julie Antonine B... (1), 32 ans, atteinte par des revers de fortune, entre à la Salpêtrière en 1881, avec les deux pieds fortement contracturés en équin. Quelque temps avant son entrée, elle aidait son père vieux et infirme à se lever, lorsqu'il eut une attaque d'apoplexie. Elle fut entraînée dans la chute et resta prise sous le corps jusqu'au moment où on vint la délivrer. La malade ne sait exactement ce qui se passa alors, mais elle prit le lit, et, quelques jours plus tard la contracture existait. Elle ne peut se tenir seule debout, ses pieds ne reposent sur le sol que par les orteils et les têtes des métatarsiens; la douleur est alors intolérable.

La malade n'a pas eu antérieurement d'attaques de nerfs. Des tentatives prolongées pour l'hypnotiser sont restées sans résultat. Malgré l'hydrothérapie, le massage, l'application d'appareils orthopédiques, l'état est resté stationnaire. En 1885, sous le chloroforme, on constate la mobilité complète des articulations tibio-tarsiennes. Mais elle faisait défaut en décembre 1886. M. Terrillon pratiqua alors la section des tendons d'Achille, avec un résultat très satisfaisant. — La malade put marcher avec facilité. La guérison était maintenue en janvier 1888.

OBSERVATION XL

Contracture hystéro-traumatique du membre inférieur. — Amélioration.

Femme de 32 ans (2), robuste, entre à la Charité pour une affection de la hanche déterminée par une chute qu'elle a faite 4 jours auparavant dans un escalier.

Le membre est dans la rotation complète en dehors, la jambe fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le bassin. Toute tentative de mouvement spontané produit une vive douleur, on peut cependant provoquer le mouvement du membre dans tous les sens, mais dans une certaine limite, à cause de la contraction musculaire. On ne constate ni raccourcissement, ni gonflement, ni ecchymose au niveau de la hanche. Les muscles de la masse sacro-lombaire sont fortement contracturés, de telle sorte que la partie inférieure du tronc est soulevée.

Les règles sont supprimées depuis 8 mois; depuis 4 mois, cette femme est atteinte de rétention d'urine et se plaint de constipation; plusieurs fois, d'après le dire de la malade, elle aurait présenté un ballonnement du ventre tel que la ponction aurait été nécessaire. — Croyant à l'hystérie, on fait l'examen de la sensibilité et on découvre une quasi hémianesthésie gauche,

(1) Obs. rés. de Blocq. th. Paris 1888.

(2) Obs. résum. de Trélat, in Union médicale, 1876, t. I, p. 511 (rec. p. Decaisne)

y compris la cornée. Pendant le sommeil chloroformique qui fait cesser momentanément toute contracture, M. Trélat s'assure que l'articulation est saine.

Au bout d'un mois la malade sortait, non pas complètement guérie, mais notablement améliorée.

OBSERVATION XLI

Contracture du psoas, consécutive à une chute sur le genou. — Guérison par l'extension continue.

X... (1), âgé de 14 ans, fils de riches négociants habitant Paris.

Pendant son enfance était très colère, avait peur de tout, de la lune en particulier. Pendant la convalescence d'une angine (1885), il eut une vive émotion, et, le lendemain on constatait une hémichorée droite très prononcée, avec embarras de la langue. Cette affection, traitée par le sulfate de strychnine et les eaux de Kreuznach, céda au bout de six mois. — Vers le 20 février 1887, notre malade fit une chute sur la tête en patinant : céphalalgie pendant huit jours, sans aucun autre phénomène. Vers la fin du même mois, chute dans la rue, de sa hauteur, sur le genou. Il put se relever, rentrer chez lui, n'eut pas de douleurs pendant la nuit ; mais, le lendemain matin, il ne pouvait plier la jambe et resta huit jours au lit. M. Fournier constata un léger épanchement dans le genou, et un certain degré d'atrophie de la cuisse et de la jambe. On fit du massage pendant une quinzaine de jours et l'enfant rentra au collège, avec une certaine raideur de la jambe.

Puis un matin, vers le 15 mars, il s'est réveillé ayant la cuisse fléchie sur le bassin, sans aucune douleur. Un traitement par les douches sulfureuses chaudes et le massage, resta sans résultat. L'atrophie s'accentuait, l'état général devenait mauvais. On envoya l'enfant au bord de la mer. Amélioration. Après le retour à Paris, les accidents reparaissent. Le 4 juin 1887, M. Lannelongue constate que la cuisse est fléchie sur le bassin, formant un angle d'environ 125° à 130° avec l'axe du corps. L'articulation de la hanche n'est le siège d'aucune douleur. Il n'y a pas de ganglion dans l'aîne. — A la racine de la cuisse, le psoas se dessine sous la forme d'un gros cordon dur, résistant, et dont la saillie s'accentue davantage quand on cherche à ramener le membre dans la rectitude. Il est évident que ce muscle est contracturé. M. Lannelongue ajoute que ce muscle est seul contracturé, car les muscles voisins, les adducteurs en particulier, ne présentent aucune dureté anormale. Dans la fosse iliaque interne, on perçoit, par la palpation profonde, sur le trajet du psoas, une tuméfaction allongée, d'une largeur de 2 ou 3 centimètres.

Le membre inférieur gauche est atrophié et presque insensible.

On fait immobiliser l'enfant, et on soumet son membre malade à une extension continue de 2 kilogs. En 48 heures on obtient le redressement. Au bout de 10 jours, la marche est possible. — On continue la traction, pour la nuit, pendant un mois. La guérison s'est confirmée (1^{er} décembre 1887.)

(1) Obs. rés. de Rougier, loc. cit

Citons les paroles suivantes de Lasègue (1) : « Le spasme hystérique débute par une irritation plus ou moins douloureuse ; mais, à la différence des autres spasmes, lorsqu'il se prolonge, intermittent ou continu, il n'a pas besoin d'être entretenu par des douleurs renouvelées : il persiste lors même que tout signe de l'irritation prodromique a disparu. On voit un spasme énorme et plus ou moins passager survenir à propos d'un malaise local qui, dans tout autre cas, eut à peine donné lieu à de la raideur musculaire. Qu'il s'agisse de la vivacité ou de la persistance de l'état spasmodique, le désaccord est au fond le même. »

Nous retrouvons encore, pour les contractures, les mêmes formes que nous avons déjà signalées pour les paralysies flasques : forme segmentaire, — forme monoplégique, — forme hémiplégique, — forme paraplégique avec ou sans complication de monoplégie brachiale.

Ici, la constatation des réflexes tendineux ne sera possible que si la contracture n'est pas trop prononcée. Mais ce qui prouve bien qu'ils sont exagérés, c'est l'existence de la trépidation spinale, et la facilité, lorsqu'il s'agit du membre inférieur, de provoquer ce que Westphal appelle le phénomène du pied.

Saisissant avec la main l'extrémité du pied, si on le redresse brusquement, on peut chez certains sujets déterminer un tremblement particulier, qui s'arrête en général quand on cesse de maintenir le pied, mais peut quelquefois persister un peu après. Ce tremblement peut s'étendre à tout le membre, et même quelquefois se propager au membre inférieur de l'autre côté. Des secousses analogues peuvent aussi se produire à l'occasion de tout effort fait par le malade. C'est ce que nous remarquons chez Big...

Cette trépidation observée fréquemment dans les cas de sclérose des cordons latéraux, que celle-ci soit primitive ou consécutive à une lésion encéphalique, nous indique que le siège de la lésion fonctionnelle pourrait être placé dans les mêmes cordons latéraux. Mais on peut aussi le placer dans les régions de l'écorce cérébrale qui leur commandent. Nous pencherions plutôt pour cette dernière opinion, en raison des troubles de sensibilité qui peuvent se superposer aux contrac-

(1) Ch. Lasègue : Des Hystéries périphériques. — in Arch. de médecine. — juin 1878.

tures, comme nous les avons déjà indiqués pour les paralysies au chapitre précédent.

Nous ne reviendrons par sur les formes si caractéristiques de ces anesthésies.

Pour cette étude des contractures, nous avons consulté avec fruit la thèse de Blocq (1) ; nous lui emprunterons plusieurs propositions ayant trait à notre sujet. Il définit d'abord la contracture : un état pathologique du muscle caractérisé par de la raideur involontaire et durable.

Plus loin il dit : La douleur n'est presque jamais le fait de la contracture, et, quand elle existe, on peut la considérer comme un élément surajouté et indépendant. — Dans le chapitre suivant, lorsque nous rapporterons le cas d'arthralgie du genou de E..., nous trouverons une confirmation très nette de ceci. M. le professeur Berheim hypnotise le malade et lui enlève la douleur, non la contracture qui persista encore assez longtemps après. Or, nous le répétons encore, si nous avons séparé nos observations en plusieurs groupes, ce n'a été que pour la commodité de l'étude, et les contractures simples et les contractures douloureuses que nous étudions sous le nom d'arthralgies, sont de même ordre.

Les contractures psychiques ont aussi pour caractère particulier d'être des contractures spasmodiques, c'est-à-dire portant sur des associations fonctionnelles de muscles. Fléchisseurs et extenseurs sont également atteints, et si les premiers semblent dans certains cas déterminer d'une façon presque exclusive l'attitude des membres, on pourra cependant s'assurer, en essayant d'exagérer la flexion, que leurs antagonistes sont tout autant contracturés.

S'agit-il de muscles sphinctériens, la contracture se manifestera alors par une occlusion plus étroite de l'orifice qu'ils entourent.

A cette règle générale de la forme spasmodique de la contracture, nous apportons cependant une exception. Nous l'avons empruntée à la thèse de Rougier ; — il s'agit en ce cas d'une contracture isolée du *psoas*.

Arrêtons-nous un instant pour indiquer les attitudes le plus souvent observées des membres dans les contractures psychi-

(1) Paul Blocq. Des contractures. — Th. Paris, 1888.

ques. — Pour le membre supérieur : le bras, fortement appliqué contre le tronc, peut être remonté et simuler une élévation de l'épaule, ce qui était très apparent dans l'observation II de Rougier. Il peut être de plus dans un certain degré de rotation interne. — L'avant-bras est plus au moins fléchi sur le bras; et en supination ou en pronation. — La main fléchie sur l'avant-bras. Les premières phalanges des quatre derniers doigts fléchies à angle droit sur les métacarpiens, les autres phalanges offrant soit le type d'extension, soit le type de flexion. Enfin le pouce contracturé est porté en dedans, et appuie généralement contre la face latérale externe de l'index.

Au membre inférieur, l'extension est la plus habituelle; le membre est dans la rectitude, le pied (pied bot hystérique, — talipedal distortions de Laycock) est en varus équin très prononcé. C'était le cas pour le malade de notre observation XXIV. Cependant la règle n'est pas absolue, et l'observation de E... nous montrera une flexion de la jambe sur la cuisse, qui nécessita pour éviter les rétractions vicieuses, l'application d'un appareil plâtré.

Ces contractures persistent généralement pendant le sommeil, contrairement à l'assertion de Brodie; ce qui montrerait bien qu'elles ne sont pas un effet de la simulation, si cela n'était déjà surabondamment prouvé par leur persistance à peu près égale, sans fatigue, et dans certains cas par leur forme en apparence contradictoire ou presque impossible. Nous faisons allusion au type de flexion des doigts accompagnée de flexion de la main, et nous souvenons que Duchenne (de Boulogne) en a fait ressortir l'étrangeté, la flexion de la main s'accompagnant presque forcément à l'état physiologique de l'extension des dernières phalanges.

Ces contractures se résolvent complètement pendant la narcose chloroformique, mais reparaissent au réveil. Nous indiquerons toutefois, et pour n'y plus revenir au chapitre du traitement, que le chloroforme a été signalé 2 ou 3 fois à notre connaissance, comme ayant eu une action favorable pour l'atténuation sinon la disparition de ces contractures.

Le chloroforme sera utilisé pour la recherche des rétractions tendineuses consécutives à des contractures de longue durée. Ces rétractions n'étant pas modifiées par le sommeil provoqué, si l'on trouve encore de la raideur dans les mouvements du membre, c'est que l'on se trouve en présence de ces lésions.

Ainsi, pour nous résumer, une laxité complète sous le chloroforme indiquera la présence de contractures sans rétractions. Une laxité augmentant par le sommeil chloroformique, mais non complète, indiquera de la contracture avec complication. Enfin, lorsque la liberté des mouvements ne sera pas augmentée par ce sommeil, c'est que la contracture aura disparu laissant subsister les rétractions ; nous verrons que ce sera alors le lieu d'agir chirurgicalement.

Les réactions électriques des muscles sont normales, abstraction faite de la moindre conductibilité de la peau, que nous avons déjà signalée ; — elles sont en proportion du volume conservé par les muscles. On ne constate pas de réaction de dégénérescence.

Comme pour les paralysies, on peut observer de l'amyotrophie et des troubles vaso-moteurs. — L'examen au microscope de la substance musculaire a donné dans ces cas, à Oppenheim, les résultats que nous avons rapportés.

Nous avons cité l'expression d'opportunité de contracture, empruntée à l'école de la Sapètrière. On entend par là une tendance à la contracture, ou encore une sorte de contracture latente, n'attendant pour apparaître qu'une faible excitation, telle que la pression des masses musculaires, le tiraillement du membre, la percussion des tendons, la faradisation, enfin et surtout l'application d'un lien élastique. Lorsqu'un sujet se trouve en cet état de diathèse de contracture, si l'on pratique sur un de ses membres une ligature élastique, ou avec la bande d'Esmarch, immédiatement survient une contracture spasmodique du membre ; — au bout de 20 minutes cette contracture disparaît et le membre deviendrait flasque ; — en prolongeant l'expérience, après 8 ou 10 heures, une rigidité non spasmodique s'emparerait du membre, rigidité de nature différente de la première, et qui serait une ébauche de raideur cadavérique chez un vivant.

Pour M. Chacot et ses élèves, cette opportunité de contracture est un stigmate de l'hystérie.

Au point de vue de leur siège, le genre de contracture qui nous occupe n'offre rien de spécial, et nous nous contenterons de dire qu'on les trouve le plus souvent dans les régions qui sont le plus exposées aux traumatismes.

Parmi ces traumatismes, les uns sont sérieux, d'autres légers. Et il y a parfois à se demander si la contracture est toujours la

conséquence directe du traumatisme, ou bien si elle n'a pas été mise en évidence par des applications intempestives de révulsifs, tels que teinture d'iode, pointes de feu, — ou encore par l'usage d'un appareil plâtré ou de pansements constricteurs. Ainsi la contracture ne serait assez souvent qu'un épiphénomène survenant au cours d'une paralysie flasque.

Nos 18 observations se rapportent à 11 femmes et 7 hommes, dont l'âge varie depuis 12 jusqu'à 54 ans. Mais on remarquera que presque tous nos malades (13) n'avaient pas dépassé 30 ans.

Le début immédiat de la contracture a été noté 4 fois; — 4 fois aussi on l'a observée le lendemain; — et dans le reste des cas elle s'est établie progressivement, — un cas est cité où la contracture mit deux mois pour acquérir toute son intensité.

Plus encore que pour les paralysies, nous voyons un rapport évident entre le point d'application du trauma et la contracture. C'est toujours le membre atteint par le choc qui devient rigide, — si l'on excepte 2 cas de paraplégie dūs, l'un à une chute, l'autre à un choc intense sur le dos.

La contracture se localise à la main 3 fois, — au membre supérieur 6 fois, — au pied une fois, — au membre inférieur 4 fois.

Dans 7 observations nous n'avons pas trouvé d'indication sur les troubles sensitifs concomitants. Dans 2 cas nous voyons signaler de l'hyperesthésie; — dans 6 cas les parties contracturées sont privées de leur sensibilité; — dans 5 cas il y avait de l'hémianesthésie (dans une observation, celle-ci existait avec des douleurs dans le membre affecté).

8 fois il n'est pas fait mention de troubles sensoriels; — 3 fois ils n'existaient pas; ils ont été notés 5 fois.

L'état est resté à peu près stationnaire dans 4 cas, 3 cas ont été améliorés; 4 guéris sans traitement; et 1 par chacun des traitements suivants: extension continue, ténotomies, œsthésiogènes, transfert par le procédé de Babinski, électricité, et hypnotisation.

Au point de vue des antécédents héréditaires, 8 fois on ne les note pas. 5 fois on n'en a trouvé aucun. 4 fois il y avait antécédents névropathiques. 1 fois antécédents tuberculeux.

A l'exception de 7 malades, tous étaient des nerveux; 2 avaient eu des crises hystériques antérieures, — et 6 fois on a observé dans la suite soit des crises convulsives, soit des accidents hystériques.

§ III. — Mouvements involontaires

Nous empruntons à notre maître, le professeur Demange, le passage suivant de son article *Tremblement*, dans le dictionnaire de Dechambre (1885).

« Dans l'hystérie, on observe parfois des tremblements, tantôt ce sont de simples oscillations très faibles, ressemblant à un faible tremblement alcoolique, augmentant par les émotions, et persistant pendant un temps plus ou moins long (Huchard). Plus souvent, le tremblement se rapproche plutôt de véritables spasmes convulsifs, auxquels la trépidation à intervalles plus ou moins égaux et précipités donne l'allure d'un tremblement. Il affecte les membres supérieurs ou inférieurs, soit ensemble, soit séparément, soit sous forme hémiplegique; dans les membres inférieurs, il ressemble beaucoup comme aspect à la trépidation épileptoïde, surtout s'il s'accompagne de contracture. Chambard a rapporté le cas intéressant d'une hystérique atteinte d'un héli-tremblement à droite, et d'une héli-chorée à gauche. Ces tremblements hystériques surviennent par accès qui sont le prélude ou l'accompagnement de véritables crises convulsives. Leur diagnostic est fort délicat et c'est surtout en s'appuyant sur les autres signes de l'hystérie, qu'on peut en affirmer la nature. Ils sont distincts des chorées rythmiques, hystériques, saltatoires, électriques, etc. »

OBSERVATION XLII

Tremblement hystérique.

Dal... (1), grand garçon de 19 ans. — Le 21 mars 1887, en sautant un fossé, accrocha la gâchette de son fusil de chasse; le coup partit, en lui faisant une plaie à la peau de la face palmaire de l'index droit. La blessure traitée par l'irrigation continue guérit assez lentement. Cependant, après 15 jours, la cicatrisation était assez complète. C'est alors qu'apparut un tremblement de l'avant-bras droit, d'abord intermittent, puis continu, qui durait depuis un mois, quand le malade entra à l'hôpital (6 mai). A ce moment, la plaie de l'index droit était guérie, mais la cicatrice en était très-douloureuse.

(1) Obs. rés. de A. Pitres, in. Progr. méd. — 21 septembre 1889. (p. 263).

De plus, l'avant-bras et la main étaient incessamment agités par de petits mouvements oscillatoires de pronation et de supination. Les secousses étaient brèves, rapides, se reproduisant huit fois par seconde. Elles n'empêchaient pas les mouvements volontaires, mais elles les rendaient hésitants et incertains. Il n'y avait pas de paralysie des muscles de l'avant-bras ni de la main. Les doigts ne tremblaient pas ; ils étaient seulement ébranlés par la transmission des mouvements circulatoires de rotation du poignet. Ce tremblement a rapidement disparu à la suite de quelques séances de faradisation des muscles de l'avant-bras, et le malade, tout-à-fait guéri, a demandé son exeat le 29 mai.

Nous appelons ces tremblements hystéro-traumatiques pour trois raisons. La première, c'est que Dal... est issu d'une mère névropathe, sujette à des sensations de constriction laryngée, et à des crises de sanglots. La deuxième, c'est que notre malade a un rétrécissement concentrique très-marqué (1/2 environ) des deux champs visuels, et une abolition à peu près absolue des réflexes pharyngiens. La troisième, c'est que le tremblement a guéri sans laisser de traces, après quelques séances de faradisation, ce qui ne serait sans doute pas arrivé s'il avait été la conséquence directe d'une irritation réflexe partie de la plaie ou de la cicatrice.

Nous avons emprunté cette observation à une leçon faite à l'hôpital St-André de Bordeaux, par M. le professeur Pitres (1). Il divise les tremblements en trois classes : trépidatoires, vibratoires, et intentionnels. Et comme exemple des seconds cite le cas ci-dessus. Il déclare en outre que les tremblements réflexes des chirurgiens ne sont d'ores et déjà que des accidents hystéro-traumatiques.

Le tremblement vibratoire se rapproche de celui de la paralysie agitante et peut rendre le diagnostic incertain.

Nous n'avons pas trouvé d'observation de tremblements intentionnels. Mais nous croyons que l'on pourrait en rencontrer à la suite de traumatismes. Les tremblements intentionnels ont été aussi appelés par M. Rendu : tremblements hystériques simulant la sclérose en plaques, et c'est à l'occasion de ces mêmes tremblements que Westphall concluait d'une étude de deux cas où l'autopsie était restée négative : « Il existe une névrose générale que l'on peut appeler pseudo-sclérose et qui ne saurait être distinguée de la véritable sclérose ni par les symptômes, ni par la marche. » En ce cas, le diagnostic s'affirmera surtout par la guérison rapide ou brusque des accidents, bien plus que par la recherche des stigmates hystériques, qui ne sauraient

(1) A. Pitres : Des tremblements hystériques. — in Progr. méd. 14-21 sep. 1889. — p. 245-261.

prouver tout au plus que l'existence d'une sclérose développée chez un hystérique.

Les trois observations qui suivent sont des exemples de secousses choréiformes ou convulsives dont la nature hystérique peut s'établir par leur mode de début, par leur curabilité, et par les autres stigmates hystériques concomitants.

OBSERVATION XLIII

*Secousses choréiques consécutives à un choc sur la tête.
Guérison par la suggestion.*

Mlle X... (1) de Châlons, âgée de 20 ans, m'est adressée par son médecin et vient me voir le 12 septembre 1889 pour des symptômes hystériques d'origine traumatique.

Sa mère, morte depuis plusieurs années, était névropathe, sans particularité spéciale. A part une implantation vicieuse et des malformations de certaines dents, Mlle X... est bien constituée et assez intelligente. Vers l'âge de 10 ans elle fut atteinte d'un rhumatisme articulaire grave. Mais depuis elle s'est bien portée jusqu'au mois de novembre 1888 (vers le 10), où en ouvrant une hûche à pain, elle laissa retomber le couvercle sur sa tête. Depuis ce temps elle se plaint d'une douleur de tête continue, contusive, sur le crâne, avec exacerbatons. Le 4 décembre, dit-elle, elle commença à avoir des secousses choréiques des plus variées. Presque tous ses muscles entrent alternativement en jeu, agités comme par un tic convulsif. « C'était d'abord la bouche qui était tirée d'un côté, après, les yeux ont commencé à cligner. Au bout de quelques jours le front se plissait, puis le nez : les oreilles étaient tirillées en divers sens ; des grincements de dents ; le cou était convulsivement porté en arrière, ou des deux côtés ; les mains, les jambes, la langue, l'estomac, le ventre au-si prenaient part à ces mouvements convulsifs. » Ces contractures duraient deux minutes ; elles n'étaient jamais généralisées. Tantôt c'étaient les muscles de la bouche, tantôt ceux des yeux, jamais les deux groupes ensemble. De même les membres supérieurs et inférieurs ne se contractaient jamais simultanément ; tantôt les uns, tantôt les 2 autres, soit les 2 mains, ou l'une seulement, soit les 2 pieds ou l'un isolément.

Les contractures duraient environ deux minutes et se répétaient 10 à 15 fois par jour. Jamais de perte de connaissance, pas de sensation de boule, ni de strangulation.

Au moment où ces contractures commençaient, ou un peu auparavant, la malade devenait triste, anxieuse : « J'avais peur, dit-elle, d'avoir fait du mal à tout le monde, je me trouvais tout-à-fait drôle, jusqu'à ce que c'était en train ».

Tous les traitements antispasmodiques, bromure, etc., échouèrent successivement. L'hypnotisation fut essayée à Châlons, et malgré plusieurs séances, l'hypnose étant profonde, il n'y eut pas de modification persistante. Nous ne savons si la suggestion a été faite convenablement.

(1) Obs. inédite de M. le professeur *Bernheim*.

Le 12 septembre, j'endors Mlle X... Elle s'endort instantanément au simple mot: Dormez. Elle est en sommeil profond, cataleptisable, hallucinable, amnésique au réveil. Je suggère la disparition des contractures, le retour du sommeil, etc...

Le 13, elle me dit avoir bien dormi la nuit; elle n'a plus eu de douleurs de tête. Le matin seulement, elle a eu quelques mouvements des yeux et de la bouche; toute la journée d'hier elle n'a rien ressenti.

Ajoutons que depuis le début de l'affection, la malade avait de l'insomnie fréquente; elle ne dormait que deux nuits par semaine, en moyenne.

Après trois séances, les mouvements anormaux ont totalement disparu, si bien que je n'ai pas eu occasion de les constater moi-même. Le sommeil est parfait toutes les nuits. La douleur de tête a aussi disparu. Mlle X... se sent mieux moralement, plus forte de caractère. Elle a hâte de rentrer chez elle. J'ai grand-peine à la retenir jusqu'au 19, jour où je l'hypnotise pour la huitième et dernière fois.

A la date du 25 octobre, une lettre de son médecin m'apprend que la guérison ne s'est pas démentie.

OBSERVATION XLIV

Contractions spasmodiques consécutives à un traumatisme.

M.-S. B... (1), dans un accident de chemin de fer, subit un choc, sans lésion apparente, s'alite, douleur dans le dos, anxiété nerveuse pendant plusieurs semaines. Puis se lève, marche plusieurs fois. Il survient un spasme dans le bras gauche, consistant en mouvements du bras et de la main qui ressemblaient aux mouvements cloniques de la chorée. Ce phénomène persistait malgré la volonté et quoiqu'on cherchât à maintenir le bras. Il cessait quand le malade se déshabillait, quand l'attention était attirée sur quelque autre partie du corps. — En même temps, oscillations de la tête, pas d'atrophie ni de paralysie. Douleur dans le dos continue, sensibilité augmentée dans cette région. Température normale. Fonctions normales.

Demande des dommages-intérêts sous prétexte que son épine dorsale avait été gravement atteinte. On considère cet état comme troubles fonctionnels pouvant être arrêtés par l'exercice de la volonté.

Antécédents: 12 ans auparavant, ce même homme s'étant trouvé dans un accident de chemin de fer ne reçut aucune lésion. 4 mois plus tard, torticolis spasmodique intermittent, ce qui démontre l'état nerveux de ce sujet.

Une fois l'indemnité réglée, il guérit.

Page attribue cette guérison qui durait encore 5 ans après qu'il l'avait vu, à un changement dans les occupations intellectuelles.

Ces cas nous fournissent un exemple de prédisposition nerveuse à des troubles fonctionnels, et montre combien il est important de connaître les antécédents du malade.

(1) Obs. de Page, p. 233.

OBSERVATION XLV

Attaques de spasmes consécutives à un traumatisme. — Amélioration.

M. B. A. B. (1), 36 ans, très vigoureux, éprouve une violente secousse dans un accident de chemin de fer. Contusion du bras et entorse du poignet.

Au début, il ne pouvait se tenir debout. Puis, 5 semaines après, tout-à-coup, il se crut fou, et par crainte de devenir paralysé, se mit à faire de longues marches. — Il en résulta un état d'épuisement et les phénomènes suivants : décubitus sur le côté droit, genoux pliés et ramassés sur le ventre, sans mouvement, clignotement de la paupière, impossibilité de sortir la langue. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière. Pouls : 56. Les bras et les mains restent dans la position où on les lui met. Bras et jambes atrophiés, — le corps entier est émacié. — Au toucher de la poitrine et du ventre, le corps entier est pris de spasmes et de mouvements fréquents d'adduction et d'abduction des jambes. Les muscles abdominaux sont rigides. De temps à autre, attaque hystérique consistant en spasmes de tout le corps, commençant par un aspect de frayeur. — Le malade ne prend que du lait, du thé de bœuf et un peu d'alcool. Il urine une fois par 24 heures.

Pendant 6 semaines il resta presque continuellement sans mouvement. Une certaine amélioration se produisit par l'absorption d'alcool. Il mangea mieux, put se lever, reprit son embonpoint ; mais resta nerveux et craintif.

Sept mois après, il restait encore courbé, souffrant du dos. Puis l'amélioration s'accrut.

Il importe de noter que son père et son oncle étaient toqués et originaux. Il avait un frère dans un asile d'aliénés, — et une sœur très hystérique. 33 mois après l'accident (2 ans après le règlement de sa demande en dommages-intérêts), sa guérison était complète.

Page refuse d'admettre une lésion de la moëlle épinière ou de l'épine dorsale, suivant l'opinion des médecins qui soignaient le malade. D'ailleurs les exercices violents accomplis pendant son délire, montraient qu'il n'y avait pas de paralysie. C'était un état de trouble mental profond dû au choc et à la frayeur immédiate et à la crainte d'une maladie imminente, chez un homme dont la famille était névropathique.

§ IV. — Arthralgies.

Ici le symptôme dominant est une hyperesthésie des extrémités des nerfs articulaires. Et, consécutivement à celle-ci, une contracture des muscles qui avoisinent l'article.

(1) Obs. résumée de *Page*, p. 238.

Elles peuvent occuper les genoux, les épaules, les petites articulations, mais le plus souvent l'articulation coxo-fémorale.

Dans ces cas, on ne notera pas primitivement de gonflement, ni de rougeur, ni de chaleur des parties atteintes. Nous disons primitivement, car il arrive souvent que l'affection n'est pas reconnue au début, ou qu'elle est traitée par des gens étrangers à l'art de la médecine, qui essayent de la combattre par des révulsifs et déterminent ainsi une inflammation artificielle locale qui n'existait pas. C'était le cas de l'observation de E..., que nous rapportons.

Bien au contraire, on a signalé un refroidissement et un aspect violacé du membre.

Qu'une affection semblable se localise dans les articulations du rachis, on aura le tableau de la rachialgie encore appelée mal de Pott hystérique. Qu'on nous permette d'emprunter l'exemple suivant à *Weir Mitchell*.

OBSERVATION XLVI

Un enfant, très intelligent en classe, tombe sur le dos et se plaint d'une douleur intense dans la région dorsale et à la tête (rachialgie et céphalalgie). Il fut tenu chez lui et soigné avec beaucoup de soins. Les pupilles se dilatèrent. Pas de fièvre. Pas de perte d'appétit. Quinze jours après, la douleur envahit tout le corps. Les muscles de la nuque furent pris et il survint des nausées et des vomissements. Rien ne pouvait faire lever cet enfant, et il ressemblait à un malade atteint de méningite cérébro-spinale : douleurs généralisées, céphalalgie, contracture douloureuse des muscles de la nuque. Tout effort pour fléchir la tête provoquait des pleurs et de vives douleurs. Hyperesthésie du cuir chevelu. La guérison fut rapidement obtenue par un traitement psychique.

Pour ne plus y revenir en traitant du diagnostic, notons que le diagnostic différentiel avec le véritable mal de Pott peut dans certains cas offrir des difficultés extrêmes et même de l'impossibilité, ainsi que Ch. Audry le constate dans un article paru dans le *Lyon médical* (1). Cet auteur ajoute que dans le vrai mal de Pott les troubles moteurs sont plus fréquents ; — les troubles sensitifs le sont davantage dans l'hystérie ; — et enfin les troubles trophiques sont rares dans les deux cas.

(1) Ch. Audry. Du pseudo-mal de Pott hystérique, — in *Lyon méd.*, 23 oct. 1887, p. 235.

Revenons aux arthralgies en général. Nous avons déjà signalé dans la partie de ce travail intitulée *Historique*, que Brodie avait donné une bonne description des symptômes de ces arthralgies, en s'attachant surtout à la coxalgie hystérique. Rappelons qu'un des caractères principaux qu'il signale (il en donne 7), et que M. Charcot a proposé de désigner sous le nom de *signe de Brodie*, est le suivant : la douleur est non seulement profonde, mais surtout superficielle, et la zone d'hyperesthésie cutanée dépasse de beaucoup la région de l'articulation atteinte. Cette douleur existe au repos et se présente dès le début avec l'intensité qu'elle aura dans le cours de la maladie.

La rigidité peut avoir aussi une extension plus considérable que dans les cas d'arthrite organique ; c'est ainsi que dans la coxalgie hystérique on aura une contracture non seulement de la cuisse, mais encore de la jambe et du pied. La douleur peut-être très-vive et amener le patient à réclamer à toutes forces une opération que des chirurgiens atteints de manie opératoire active (de Stromeyer, — nous citons (1) les paroles de M. Charcot) ont à tort consentie dans quelques cas. Coulson en rapporte un exemple, dans lequel, l'amputation faite, l'examen du genou montra une articulation normale, avec une synoviale parfaitement saine.

Dans ces cas, le diagnostic s'établira, outre les signes ci-dessus indiqués, par la conservation du bon état général, l'absence d'anémie et de fièvre, et surtout par l'examen, sous le chloroforme, des mouvements de la jointure. — Ajoutons toutefois qu'une arthrite tuberculeuse au début peut présenter les mêmes signes négatifs, et ne présenter ni craquements, ni adhérences.

La contracture peut déterminer des attitudes vicieuses des membres, soit plus souvent dans la flexion, soit dans l'extension. On a désigné cette contracture sous le nom de spasme de défense. — Les déviations sont analogues à celles produites par des lésions organiques. — En traitant des contractures nous avons déjà indiqué ce qui se passait pour le membre supérieur. — Au membre inférieur, s'il s'agit de coxalgie, outre la contracture du membre en extension, avec rotation de la cuisse soit en dedans, soit en dehors, on observera une inclinaison du

(1) *Charcot*, œuvres complètes T. III p. 373.

bassin qui est élevé du côté malade par contracture du carré des lombes, en sorte que souvent le membre paraît raccourci ; — une déviation de la colonne vertébrale qui, dans la partie lombaire, devient concave du côté malade ; — une ensellure correspondante. Dans la station debout, le poids du corps reposera sur le membre du côté opposé, le membre atteint appuyant à peine sur le sol. M. Charcot a aussi indiqué que la progression en avant se faisait par une projection du bassin en avant, le membre malade se traînant jusqu'au niveau du membre sain.

OBSERVATION XLVII

Arthralgie du genou consécutive à une chute. Amélioration, puis guérison par la suggestion.

E... François (1), 18 ans. — Père très-nerveux, non alcoolique ; ses grands parents paternels également nerveux. — Mère bien portante. Antéc. personnels : pas de maladies antérieures. Le malade qui est d'un tempérament lymphatique, a toujours été très-impressionnable, et pouvant à peine modérer son émotion. Cependant il n'aurait jamais eu d'accidents nerveux. Il se souvient qu'un jour, dans son enfance, s'étant frappé le dos de la main droite contre les barreaux d'un escalier, sa main resta raide pendant un mois.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, étant dans la cour du Petit Séminaire de Pont-à-Mousson, où il était élève, en train de jouer avec ses camarades, il trébucha contre une pierre et tomba sur le genou droit. Il ressentit une vive douleur sur le champ. Mais ce ne fut que deux jours après que, pendant la promenade, il remarqua qu'il traînait la jambe, que cette jambe était plus faible, et qu'en même temps il avait des douleurs dans le genou et la hanche ; il se mit alors à s'appuyer sur l'épaule d'un de ses camarades. La faiblesse du membre augmenta et cinq jours après l'accident, E... entra à l'infirmerie de l'établissement, où on lui mit un vésicatoire sur le genou. Le mal ne fit qu'empirer, et la cuisse et la jambe se contracturèrent. C'est en cet état que, ne pouvant marcher, on l'apporta dans le service de chirurgie de M. le professeur Gross.

Etat au 28 mai 1888. Ce jeune homme accuse surtout de vives douleurs dans le genou droit avec lancées dans la cuisse et la jambe.

Au lit, le membre repose sur sa face externe, dans la flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse. Le plus léger attouchement détermine de la douleur et des soubresauts impossibles à localiser. E... crie dès qu'on l'approche. L'hyperesthésie est très prononcée, au point que la couverture du lit même cause des douleurs. On ne constate cependant aucun gonflement de l'articulation, ni des os, pas de fièvre, l'appétit est conservé.

(1) Observation inédite de M. le professeur *Bernheim*.

Il n'y a donc pas d'ostéomyélite. D'ailleurs, la jambe et la cuisse participent à l'affection.

Si on fait lever le malade, on constate qu'il quitte le lit avec les plus grandes précautions et qu'une fois à terre, il porte le poids du corps sur le membre inférieur gauche. Faisons-le marcher, il pose le pied en valgus, tandis que le genou est en valgus aussi, c'est-à-dire forme un angle ouvert en dehors et en avant. Douleurs vives pendant la marche.

Pour s'assurer qu'il n'y avait pas d'affection de la hanche, dont la douleur du genou serait symptomatique, M. le professeur Gross fit endormir le malade au chloroforme. La résolution fut complète et l'on ne constata rien d'anormal dans le fonctionnement de la cuisse.

On essaya pendant quelques jours des applications de pointes de feu sur les trajets nerveux et aussi sur le genou, — sans résultat.

C'est alors que M. le professeur Bernheim endort le malade assez facilement, et dès la première séance enlève l'hyperesthésie.

Les contractures et les déviations résistèrent aux suggestions ; on endormit alors E... au chloroforme et on lui mit un appareil plâtré pour redresser son membre et le maintenir dans une bonne position. Le malade supporta l'appareil sans douleurs, et il sortit ainsi quelques jours après (le 11 juillet 1888) pouvant marcher et regrettant même une guérison trop complète qui l'exposait à devenir soldat plus tard. Au bout d'un mois et demi il enlève l'appareil qui lui emboîtait le pied, la jambe et la cuisse, et comme son membre avait encore une tendance à la raideur, il va, sur le conseil de M. le professeur agrégé Vautrin (1), trouver M. le professeur Bernheim. En deux séances de suggestion cette opportunité de contracture disparaît et depuis le malade n'a pas eu de rechute. Nous l'avons vu ces jours derniers ; il ne se plaint plus que de quelques douleurs vagues, en rapport, dit-il, avec la température.

OBSERVATION XLVIII.

Arthralgie de l'épaule. — Chute. — Guérison.

Georgette P.... (2) 10 ans 1½ — Ses parents, ses frères et sœurs sont bien portants. — Elle-même, d'une bonne santé habituelle, est un enfant assez peu développée physiquement et peu intelligente. Elle est fort nerveuse à le rire et les pleurs faciles, cependant elle n'a ni convulsions, ni attaques de nerfs.

Il y a quatre mois, elle fit une chute d'une fenêtre assez élevée. Son coude droit a porté à terre : elle a souffert dans le bras pendant quelques jours, mais tout est rentré dans l'ordre quinze jours avant le début de l'affection actuelle.

Depuis trois mois, l'enfant se plaint de l'épaule et du bras. Au début, après

(1) Nous devons à M. le professeur agrégé Vautrin la plus grande partie des renseignements qui nous ont servi à rédiger cette observation, et le prions d'accepter nos vifs remerciements.

J. C.

(2) Obs. rés. de Rouquier. Thèse de Paris, 1889.

quelques temps d'écriture, elle sentait l'épaule et le bras se raidir jusqu'à l'obliger à quitter la plume. Voici six semaines que la raideur est devenue permanente.

Il y a contracture combinée du deltoïde du biceps et du grand pectoral, Le bras appuie contre le tronc par toute sa face interne, l'avant-bras en supination est fléchi à angle droit sur le bras. Tous les mouvements actifs du bras sont impossibles. La pression légère sur les muscles augmente encore le degré de la contracture. La force musculaire paraît notablement diminuée dans le membre supérieur droit.

Pas de trouble de la motilité ni de la sensibilité sur le reste du corps.

La contracture des muscles de l'épaule n'est pas absolument permanente ; elle s'atténue parfois le soir, et on peut la faire disparaître momentanément en écartant le bras du tronc par un effort modéré.

Traitement : Bromure de potassium 2 gr. — et alternativement, chaque jour, bain et douche. Le 25 février, anesthésie chloroformique : pendant la résolution on s'assure de l'intégrité parfaite de l'articulation. — Quelque temps après, en pratiquant avec l'extrémité des doigts, une friction rapide au niveau de la fosse sus-épineuse, presque instantanément l'enfant recouvre la liberté de son bras, et son moignon d'épaule antérieurement élevé s'abaisse au niveau normal. Sitôt la friction interrompue, la contracture reparait. Même résultat avec un courant induit. L'expérience répétée pendant plusieurs jours ne modifie pas les accidents. M. Lannelongue promet alors à l'enfant de lui donner ce qu'elle désirait, si elle guérissait. Le lendemain l'épaule était encore contracturée, mais le surlendemain la contracture avait disparu, et ne s'est plus reproduite depuis.

OBSERVATION XLIX

Arthralgie traumatique tibio-tarsienne. — Guérison.

C.... (1) Alexandre, 11 ans. — Aucun antécédent nerveux héréditaire, ni personnel.

Le 20 décembre 1885, il fut renversé par un fiacre qui lui passa sur les jambes. 5 ou 6 jours après, vaste ecchymose sur toute la partie interne de la jambe droite ; la gauche semble avoir été intacte. — Aussitôt après l'accident, l'enfant a pu se relever, faire quelques pas, puis est tombé à la renverse : la douleur était très vive à ce moment. Au bout de quelques jours, cette douleur a disparu à la jambe pour se porter sur le cou-de-pied. — 7 à 8 jours après, le pied s'est petit à petit dévié en dedans pour se placer en varus équin. La peau qui recouvre l'articulation tibio-tarsienne est hyperesthésiée. — Le jambier antérieur, l'extenseur commun et le long péronier latéral examinés soit par le choc du doigt, soit par l'électricité, réagissent comme ceux du côté opposé.

Le 15 janvier 1886, on électrise les muscles antéro-externes de la jambe, et pour la première fois l'enfant arrive de lui-même à redresser le pied dé-

(1) Obs. rés. de Rougier, loc. cit.

vié. — Mais la déviation se reproduit et la marche reste douloureuse. Cependant la pression sur l'articulation ne réveille plus de douleur. On est amené alors à penser qu'il s'agit d'une arthralgie traumatique, et l'on force l'enfant à marcher en lui disant qu'il est guéri et qu'il doit marcher sans difficulté. L'expérience réussit à merveille. L'enfant marche beaucoup mieux, pose son pied à plat, et de ce jour la guérison est obtenue.

OBSERVATION L

Cas d'hystérie traumatique du genou. Guérison..

Jeune scrofuleuse (1) de 12 ans, sans antécédents nerveux. Tomba en septembre 1883, sur le genou droit. Légères excoriations de la peau. Un mois plus tard : gonflement de l'article, douleur. 25 jours plus tard la malade sort de l'hôpital guérie en apparence. Bientôt douleurs dans les mouvements, fatigue, puis contracture du genou et demi flexion. Elle rentre à l'hôpital. Il y a absence de phénomènes inflammatoires, mais hyperesthésie extrême de l'articulation (peau et parties profondes, au-dessus et au-dessous du genou). — Guérison au bout de 14 jours. Trois ans après, la malade se pinçait le bras dans une porte et voyait son bras se paralyser du mouvement et de la sensibilité,

OBSERVATION LI

Arthralgie tibio-tarsienne. — Choc.

Ch... (2), 45 ans. scieur de long. — Pas de tare héréditaire.

Aucune maladie antérieure. Pas d'alcoolisme. Le 12 mars 1883, une machine fit sauter le plancher sur lequel il se trouvait, il fut projeté à 5 mètres en l'air, et en retombant il se fit à la plante du pied gauche une simple ecchymose. Pansement à l'eau blanche. Pendant 4 mois, Ch... ne put marcher qu'avec des béquilles. Le gonflement persista pendant huit mois, et ne disparut que pour faire place à une raideur qui alla croissant. Depuis le début, douleur continue dans tout le membre, qui est actuellement (octobre 1885) contracturé dans l'extension. Les mouvements de flexion sont très limités et douloureux. Pas de réflexe patellaire à gauche. — La jambe gauche est toujours un peu froide et violacée. Pas d'atrophie. — Le bassin est fortement remonté à gauche.

A gauche, anesthésie cutanée à la piqure et au froid. Points et zones hystérogènes. La vision, l'ouïe, le goût sont pervertis, diminués ou abolis à gauche.

Le 31 octobre, l'odorat se supprime pour la narine gauche. — Anesthésie pharyngée.

(1) Obs. de Burchardt, in : Suisse Romande, 10 août 1886.

(2) Obs. rés. de Berbez, loc. citat.

Le 27 novembre 1885, on chloroforme le malade, et au réveil on lui montre que les mouvements de son membre sont libres et se font sans douleur ; mais on ne réussit pas à le persuader de sa guérison, car bientôt il recommence à se plaindre d'une douleur dans la hanche et le genou.

OBSERVATION LII

Coxalgie. — Chute. — Guérison.

Emilie D... (1), 20 ans, enfant trouvée. — Un jour, à la suite d'une grande déception, douleur sourde à l'ovaire gauche, sensation de constriction à la gorge et perte de connaissance. — Attaques de sommeil durant plusieurs jours. — Pas de stigmates d'hystérie. — Le 9 décembre 1885, descendant un escalier, elle fait une chute en avant. En se relevant, elle avait la jambe droite raide, contracturée, et la marche était devenue très pénible. Tout le membre est contracturé en extension. La douleur, superficielle et profonde, occupe la fesse, la cuisse et la partie supérieure de la jambe. Les jours suivants, les symptômes s'amendent peu à peu, le cou-de-pied, puis le genou se dégagent ; il ne reste plus qu'une douleur et une contracture limitées à la hanche. Enfin, tout rentre dans l'ordre. Depuis cet accident, la malade est hymianesthésique droite.

OBSERVATION LIII

Coxalgie consécutive à une chute. — Guérison brusque.

M^{lle} X... (2), 16 ans, — tempérament lymphatique, nerveux. — A 8 ans fit une chute à la suite de laquelle légère douleur dans le pli de l'aîne gauche, sans engorgement. — En février 1865, en pension, fit une chute sur la hanche gauche, qui ramena la douleur de l'aîne et un peu de gêne dans la marche. Repos, embrocations calmantes ; mais la douleur augmenta. 3 semaines après, vésicatoire, puis badigeonnage à la teinture d'iode ; au bout de 6 semaines l'état s'aggrave, le membre commence à se raccourcir ; la hanche remonte en même temps qu'elle devient plus saillante ; l'épine iliaque s'élève, la fesse s'aplatit, nouveaux vésicatoires, sangsues en-dedans de la cuisse (les règles apparaissent pour la première fois). Au bout de 3 mois les mouvements de la jointure se restreignaient de plus en plus, douleur vive au genou. Consultation de Tessier (de Lyon), Ollier et Datat (d'Aix), qui diagnostiquèrent un élément phlegmasique de la membrane synoviale de l'articulation, et un élément de contraction musculaire en résultant. Nouveaux vésicatoires, et pommade d'extrait de ciguë hydrargyrée. Dix jours après, comme on s'appêtait à mettre une gouttière de Bonnet, la malade se dit guérie et put se lever incontinent et marcher avec liberté. Le raccourcissement qui était de 5 ou 6 centimètres avait disparu.

(1) Obs. rés. de Berbez, loc. cit.

(2) Obs. résumée de Crolas, th. de Montpellier, 1865.

OBSERVATION LIV.

Coxalgie par contracture après traumatisme. — Antécédents.

Mme Schl...(1), 41 ans. A parlé à 7 ans. Terreurs nocturnes persistant encore maintenant. — A eu des faiblesses jusqu'à 17 ans. Fièvre muqueuse à 22 ans. A eu du délire pendant 3 ans, à la suite.

A eu un enfant mort de méningite tuberculeuse.

Il y a 3 ans 1/2, le 26 mars 1881, le plafond de l'appartement où elle se trouvait est tombé: elle a été touchée à la hanche droite. Au bout de 8 jours on constata le raccourcissement du membre inférieur. Aujourd'hui (1884) on ne constate rien à la hanche, mais le raccourcissement du membre et de la contracture du carré des lombes.

OBSERVATION LV.

Pseudo-coxalgie hystéro-traumatique.

J. H..., 20 ans, (2) employé à la Cie des transports de Manchester. — Le 5 décembre 1885, il tomba de cheval et resta à terre sans connaissance. Revenu à lui, il se plaignit d'une douleur à la hanche droite et à la cheville. Pendant son séjour à l'hôpital il eut une violente attaque d'hystéro-épilepsie, et l'on pouvait provoquer des crises par la pression de la région inguinale droite. — Etat au 5 mars 1886: H... est assez fort et bien musclé. Il ne se tient debout qu'avec une canne. Son membre inférieur droit paraît plus court que l'autre, — le bassin est surélevé à droite. Le genou et la hanche peuvent se fléchir. Le bras droit est affaibli. Rien à la face.

Il y a hyperesthésie de la partie supérieure de la cuisse et de l'abdomen du côté droit, jusqu'au-dessus de l'ombilic. — Hormis ces régions, hémianesthésie droite. — Ouïe très-affaiblie à droite. — Anesthésie pharyngée. — Champ visuel rétréci pour les deux yeux. — Sens musculaire aboli à droite. — Pas d'atrophie, pas de troubles vaso-moteurs. Les réflexes tendineux sont exagérés à droite. — La percussion de la rotule détermine une vive douleur dans la hanche.

Etat mental affecté. Tristesse continuelle. Maux de tête. Hallucinations.

En juin 1886, la contracture avait disparu; mais les troubles de la sensibilité persistaient. A ce moment, fréquentes attaques d'hystéro-épilepsie.

OBSERVATION LVI

Pseudo-coxalgie et arthralgie du genou.

C. M... (2), 47 ans, déchargeur de fardeaux, sans aucun antécédent remarquable, eut la main prise par un crochet de grue et fut enlevé du sol. Bles-

(1) Obs. de Bataille, loc. citat.

(2) Obs. de Dreschfeld.

sures légères de la main. Perte de connaissance. On amène le malade à l'hôpital de Salford. Il se plaignait de vives douleurs dans le dos, à la hanche et à l'épaule droites. Il resta quelque temps sans pouvoir marcher, en partie par suite de la souffrance, et en partie par suite de la paralysie, mais il se rétablit au point de pouvoir marcher avec le secours de deux bâtons. — Au bout de quelque temps, la douleur persistait dans la hanche et dans l'épaule droites et la marche était caractéristique. Il faisait de très petits pas ; la jambe droite paraissait plus courte et le pied droit ne touchait le sol que par le bout des orteils ; la partie supérieure du corps était penchée en avant en marchant et légèrement inclinée à gauche. — La partie supérieure droite du pelvis paraissait plus haute que la gauche. — Si on faisait coucher le malade, on voyait que la hanche droite était légèrement contractée, mais cédaux mouvements passifs, très douloureux du reste. — Légère raideur du genou droit. — Pas d'atrophie. — Réflexes tendineux forts à droite. — Un peu de faiblesse du membre supérieur droit.

Il n'y avait pas de paralysie faciale, mais on voyait parfois des tressaillements spasmodiques sur le côté droit du visage, surtout autour de la bouche. La sensibilité générale et spéciale était très diminuée dans tout le côté droit du corps.

Cette observation montre que ce n'est pas toujours le membre seul atteint par le traumatisme qui se paralyse dans la contracture ; elle prouve aussi qu'il y a des modifications plus ou moins étendues dans les autres jointures. — Enfin dans ce cas il y a de l'hémispasme facial.

OBSERVATION LVII

Contusion de la hanche agant produit des symptômes de coxalgie. — Amélioration.

Jeune femme (1) de la campagne, vigoureuse, entrée à la Charité dans le service de M. Gosselin. — Cette femme est tombée de sa hauteur sur la hanche droite de telle façon que la jambe et la cuisse se sont trouvées tendues au-dessous d'elle.

A son entrée, la douleur était si intense, qu'on crut à une fracture ou à une entorse de la hanche. — Le membre droit est en flexion, abduction et rotation en dehors. Allongement apparent considérable, abaissement de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Douleur vive au niveau du pli de l'aîne. On laisse la malade au repos.

Les jours suivants mêmes signes avec douleur intense. Mais le 5^e jour on trouva une attitude tout-à-fait opposée : raccourcissement apparent, rotation en dedans, abduction, élévation de l'épine iliaque par contracture du carré des lombes du côté opposé. — On songe à une simple contracture nerveuse par douleur due à la chute et on chloroforme la malade. A mesure qu'elle s'endormait la jambe se redressait, l'inclinaison du bassin disparaissait, ainsi que la rotation et l'abduction. — Il y avait donc contracture pure et simple.

(1) Obs. de Grenier, th. Paris, 1884.

La résolution étant absolument complète, les mouvements devenaient très-faciles. Mais à mesure que la malade se réveillait, on voyait la jambe se mettre en rotation interne, la hanche se relever, l'abduction se reproduire. — Au 10^e jour ces phénomènes avaient en grande partie disparu ; les épines iliaques étaient horizontales. M. Terrillon porta le diagnostic : inflammation légère de la hanche probablement chez une hystérique ; et dans sa clinique, il fit remarquer que sur 20 traumatismes de la hanche, on en trouverait à peine un qui s'accompagnerait de contractures semblables.

OBSERVATION LVIII.

Coxalgie hystérique. — Guérison par suggestion.

Berg... (1), domestique. Service de M. Legrand du Saulle.

Antéc. hérédit. : Aucune maladie nerveuse chez les ascendants.

Régée à 15 ans. Première attaque de nerfs à 18 ans à la suite d'une peur. Depuis ce temps, les attaques reviennent à intervalles réguliers. Entrée à la Salpêtrière en octobre 1884, cette fille est indocile, a le caractère le plus difficile ; à plusieurs reprises douleurs dans les grandes articulations, durant une semaine environ.

24 juillet 1885, — à la suite d'une attaque, la malade est tombée sur la hanche ; forte contusion suivie d'ecchymose occupant la hanche, une partie de la fesse et le tiers externe de la cuisse. L'impotence n'est survenue que 5 jours après l'accident. Douleur au niveau du trochanter s'irradiant vers le pli de l'aîne, saillie du trochanter, raccourcissement de la cuisse par élévation du bassin. Immobilité complète due à la contracture ; sensibilité normale. — Les jours suivants la douleur s'étend au genou. — Le 9 août, la cuisse est fléchie sur le bassin, et la jambe sur la cuisse. On peut encore la redresser, mais la rotation en dehors et en dedans est impossible. Lorsque l'on tente ces derniers mouvements le bassin se trouve entraîné tout d'une pièce. Dans la station debout, le bout du pied seulement repose sur le sol. Le raccourcissement est de 5 ou 6 centimètres. Les deux épines iliaques ne sont pas sur le même plan ; le pli fessier est déformé, le muscle carré lombaire si contracté que l'espace compris entre le bassin et les fausses côtes est bien moindre qu'à gauche et ne peut être déprimé.

Le 13 août. Anesthésie cutanée du pied et de la jambe. Le 14, anesthésie de la cuisse. Le 15, le membre supérieur droit devient anesthésique lui-même. Le champ visuel est rétréci. — Les jours suivants, un mieux se manifeste ; la marche et la station deviennent possibles, la malade ne se sert pas de canne. A certains moments la coxalgie est plus prononcée et alors le pied repose seulement par sa pointe sur le sol ; quand le raccourcissement est moindre, la plante du pied appuie en partie. La douleur à la pression est toujours la même. — Sous l'influence d'une contrariété, raccourcissement plus notable et augmentation des douleurs, après une disparition et un retour de l'hémi-anesthésie droite. — Dans l'état hypnotique provoqué, on suggéra à la malade qu'elle pouvait marcher, et elle put assister à un bal et danser toute la nuit.

(1) Obs. de Huet, in Progrès médical, 1886.

Sur les 12 observations ci-dessus, il y a 7 femmes et 5 hommes ; leur âge varie entre 10 et 47 ans, mais 8 au moins n'avaient pas plus de vingt ans.

Le début est immédiat dans un cas ; il est tardif dans 6 cas ; pour les autres nous n'avons pas trouvé de renseignements précis.

Cinq fois on n'a pas noté s'il y avait des antécédents héréditaires ; 6 fois on ne les a pas rencontrés ; une fois il y avait antécédents névropathiques. Hormis 5 sujets sans antécédents personnels nerveux, ces malades étaient des névropathes ; deux entre autres avaient eu déjà des crises convulsives, et un autre vit se déclarer des crises par la suite.

La terminaison n'est pas notée dans 2 cas ; pour le reste, 3 améliorations, — 1 guérison subite, — 1 guérison progressive, sans traitement ; — 2 guérisons ont été obtenues par les flatteries ou l'entraînement, — 1 par la suggestion hypnotique, — 1 par la suggestion hypnotique et l'application d'un appareil plâtré.

Comme localisation, nous trouvons un cas à l'articulation de l'épaule, 2 cas au cou-de-pied, 2 au genou, 7 à la hanche.

Nous avons indiqué qu'il y avait hyperesthésie locale dans tous les cas ; comme autres troubles de la sensibilité, nous trouvons dans une observation une zone d'anesthésie entourant la région hyperesthésiée ; et 4 fois de l'hémianesthésie.

Les troubles sensoriels n'ont pas été notés dans 8 cas ; ils existaient dans les 4 autres.

§ V. — Affections douloureuses.

Dans notre chapitre des arthralgies, nous avons étudié l'hyperesthésie des nerfs articulaires. — Cette hyperesthésie peut frapper aussi tous les nerfs sensitifs, donnant lieu à des douleurs variées, situées dans les différents points du corps. Hyperesthésies cutanées, musculaires, ou névralgies. Nous allons en rapporter quelques exemples.

Dans nos considérations générales nous avons déjà cité l'existence d'hyperesthésies variées, points hystérogènes, ovarie, clou hystérique, que M. Charcot range parmi les stigmates hystériques. Nous n'avons ici en vue que les douleurs provo-

quées par un traumatisme et survivant de beaucoup à la cause qui les a produites.

Généralement ces douleurs ne se distinguent pas au début des douleurs habituellement consécutives à un trauma. Tout au plus pourrait-on trouver qu'elles sont exagérées, et hors de proportion avec la blessure. Mais c'est surtout dans leur persistance anormale que l'on trouvera leur caractère distinctif.

Dans l'observation de D..., les douleurs sont survenues à la suite d'un accouchement. Nous avons considéré que c'était là un traumatisme, tant à cause de l'ébranlement qu'il cause à l'organisme tout entier, qu'à cause des douleurs vives dont il s'accompagne d'ordinaire, et aussi de la perte de sang qui en résulte. — Nous avons noté que ces douleurs n'étaient survenues qu'un mois après l'accouchement, mais ce laps de temps ne saurait empêcher d'y rattacher les accidents qui ont suivi.

Dans les autres cas, la douleur a suivi de plus près le trauma.

OBSERVATION LIX

Névropathie. — Douleurs à l'épigastre et dans les membres inférieurs, qui disparaissent rapidement par suggestion.

D..., Marie (1), 21 ans, couturière, entrée le 8 janvier, sortie le 28 février 1885. Est accouchée il y a 2 mois d'un enfant de 7 mois qui est mort après 15 jours. — Ne serait tombée malade qu'un mois après, ressentant des douleurs au-dessus de l'aîne droite, douleurs qui persistent encore, analogues aux crampes utérines, avec fièvre et ardeur en urinant. — A vomé pendant 15 jours. — Perd de nouveau depuis 15 jours, en rouge.

Etat actuel : face pâle. — T. 37°2. — P. 88. — Ventre augmenté de volume, plus du côté gauche ; sonore et sensible partout ; sans empatement. Ballonnement remontant jusqu'à la région épigastrique. — Constipation habituelle ; la malade a purgé, il y a 3 jours.

Au toucher, col échancré, — rien dans les culs de sac.

Respiration rugueuse. — Urine, D = 1014 ; sans albumine.

Le 10. N'a pas été à la selle. — Trait. : lav. laxatif et 2 pil. écossaises.

12. Depuis 2 jours elle aurait des douleurs à la partie postérieure des jambes et des cuisses l'empêchant de marcher.

Elle se plaint d'une sensation de brûlure vers l'estomac. Elle a été à la selle hier, son ventre est un peu moins ballonné et moins sensible.

Elle a eu des étouffements cette nuit.

Elle plie lentement et difficilement les jambes à angle obtus. La douleur est vive sur les 2 malléoles, le mollet, au niveau du jarret et du nerf

(1) Obs. XXXIV, de M. Bernheim, loc. cit.

crural des 2 côtés. Douleurs aussi vers la 4^e apophyse dorsale, vers les dernières dorsales, le sacrum et l'émergence des nerfs sciatiques ; de même à l'émergence des nerfs de la face.

14. D... ne dort pas la nuit. — Hyperesthésie presque générale. Douleur épigastrique. Les douleurs des jambes persistent.

15. La douleur d'estomac avait disparu hier après hypnotisation, le matin, mais elle a reparu à 5 heures du soir. La malade n'a plus eu d'étouffements ; les nerfs de la face ne sont plus douloureux. Elle va régulièrement à la selle.

17. Hypnotisée hier (somnambulisme) : on la force à marcher. — Au réveil, la malade n'avait presque plus de douleurs aux jambes et pouvait faire quelques pas en traînant les pieds sur le sol. — Elle marche un peu mieux ce matin.

18. Elle marche bien.

Les jours suivants elle continue à marcher très bien ; la leucorrhée disparaît graduellement. Elle reste encore au service jusqu'au 28 février ; de temps en temps, elle accuse de nouveau quelques douleurs dans les membres ; elles sont chaque fois réprimées par la suggestion.

OBSERVATION LX

Douleurs dorso-lombaires consécutives à de grands efforts. Guérison par suggestion.

S... Céline (1), 21 ans, domestique. Entrée le 16 mai, sortie le 10 juillet 1885.

Depuis plusieurs années, se plaint d'une douleur au creux épigastrique. Les fonctions digestives sont bonnes. La malade ne tousse ni ne crache. Pas de battements de cœur. — Menstruation régulière, abondante (quatre à cinq jours). Leucorrhée fréquente. — Ni vertige, ni céphalalgie, ni fourmillements. A eu une fièvre typhoïde il y a quatre ans.

En novembre dernier, après avoir soulevé des gerbes, elle ressentit des douleurs dans tout le dos : après plusieurs jours, le bras droit devint douloureux, puis les reins ; — et depuis la douleur s'est localisée dans les reins, lancinante, continue, s'exaspérant par les mouvements, et s'irradiant dans la cuisse droite jusqu'au genou, sans cependant empêcher la marche.

Etat au 19 mai : Tempérament mixte. Apyrexie. Constitution bonne. Pas de douleurs à la pression.

Quelques craquements dans les petites jointures.

20. Après une suggestion les douleurs ont diminué. — La malade a un peu dormi la nuit.

21. L'amélioration augmente par la suggestion ; la malade sort le 10 juillet, ne se plaignant presque plus de douleurs.

(1) Observation inédite de M. le professeur Bernheim.

OBSERVATION LXI

Douleurs abdominales consécutives à un coup. — Guérison par la suggestion.

B... Pauline (1), 21 ans, tailleur de limes, — entrée le 11 septembre, sortie le 12 octobre 1884. — Antéc. héréd. : Mère nerveuse et colère. Père emporté, non alcoolique, mort de pneumonie.

Eut une première grossesse en 1880, qui se termina heureusement à sept mois ; — l'enfant vit. — Accoucha, il y a deux ans, au mois de mars, d'un second enfant qui vit encore. — Au mois de juin 1882, elle reçut, dans la région sus-pubienne, un coup de pied de son mari ivre ; et depuis ce moment elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre avec dysménorrhée, (la malade restait parfois trois mois sans avoir ses règles et souffrait beaucoup pour les avoir).

En décembre 1883, elle eut une fausse couche à trois mois, précédée pendant huit jours de métrorrhagies avec fortes douleurs ; elle resta au lit pendant quinze jours, et les pertes de sang ne cessèrent qu'au bout de six semaines. Depuis les règles sont revenues régulièrement. — Mais les douleurs persistèrent avec une grande intensité jusqu'au mois de mars 1884, au point de l'empêcher souvent de marcher. — Elles reparurent, au mois de mai suivant, dans le côté droit de l'abdomen, les reins et la cuisse droite, s'irradiant jusqu'au pied ; et depuis le mois d'août elles empêchent la malade de marcher et de travailler.

Tempérament névropathique ; étouffements ; sensations de constriction à la gorge, de fourmillements dans les bras et les mains. Colères très fréquentes. Céphalalgie presque continue ; névralgies dentaires, frontales. Leucorrhée incessante. — Constipation habituelle : la malade reste quelquefois huit jours sans aller à la selle.

Le 24 septembre. Hypnotisée pour la première fois, elle eut une crise de nerfs qui dura peu. Sommeil profond, mais sans modification des douleurs.

Après la deuxième hypnotisation elle pouvait marcher.

6 octobre. Après la douzième elle marche très bien, et n'a plus de douleur nulle part.

11 octobre. La malade a encore été endormie hier pour des douleurs à la jambe droite qui ont disparu après le sommeil.

12 octobre. Elle sort guérie n'ayant plus qu'un peu de faiblesse.

OBSERVATION LXII

Hyperesthésie peri-ombilicale. — Guérie par la suggestion.

Emile L... (2), 9 ans, entre le 31 octobre 1889, dans le service de M. le professeur Bernheim, pour une fièvre typhoïde, qui aurait débuté il y a huit jours. Depuis un an, le malade accuse une sensibilité très-vive au niveau de

(1) Obs. XXXVII de Bernheim, loc. cit.

(2) Observation inédite de M. le professeur Bernheim.

l'ombilic ; il pleure et crie dès qu'on le touche dans cette région. La douleur existe dans une zone d'environ 5 cm. ; elle est persistante. Son apparition n'aurait eu d'autre cause qu'une légère excoriation, qui se serait recouverte d'une croûte, et aurait depuis continué à suppurer. M. le professeur Bernheim hypnotise l'enfant, et lui suggère, pendant le sommeil profond, la disparition de cette douleur. Au réveil, elle a, en effet, complètement disparu, et le malade rit quand on lui exerce une pression sur l'ombilic.

Une seconde suggestion hypnotique fait de même disparaître une légère céphalalgie frontale et une sensibilité exagérée des muscles du cou, existant depuis huit jours.

La guérison se maintient. La fièvre continue est terminée le 6 novembre ; elle a été abortive.

§ VI. — Crises hystériques

Quand nous parlerons de la nature des accidents que nous venons déjà de passer en revue, nous ne ferons plus allusion à ces crises consulsives. Nous ne pensons pas qu'on ait à discuter leur nature. Nous les rapportons comme des exemples d'hystérie vulgaire, variété de petite hystérie, éveillée à l'occasion d'un traumatisme, — et surtout pour montrer l'action curative de la suggestion sur ces accidents.

OBSERVATION LXIII

Crises convulsives consécutives à une pression dans la foule. — Guérison par suggestion.

L... Gustave (1). 21 ans, cordonnier. Entré le 17 juillet, sorti le 20 juillet 1886. Habituellement bien portant ; pas de maladie antérieure. — Le 14 juillet, après avoir été exposé au soleil, il fut serré dans la foule, à la revue, et ressentit des frissons avec tremblements et claquements de dents. Rentré chez lui, il eut des étourdissements avec sensation de malaise jusqu'au soir ; mais pourtant il déjeûna comme d'habitude. Le soir il alla voir le feu d'artifice ; en revenant il fut pris de vertiges et de battements de cœur qui durèrent deux heures. Puis il tomba à la renverse avec crispations de nerfs dans les mains et les jambes, trismus et écume à la bouche. Les battements de cœur furent suivis de sensation de strangulation. Il se débattait, était contracturé et ne pouvait crier. On le coucha à une heure du matin. — La chute avait été précédée de douleurs lancinantes s'irradiant jusque vers le rebord costal axillaire : ces douleurs durèrent jusqu'à trois heures du matin, puis le

(1) Obs. inédite de M. le professeur Bernheim.

malade s'endormit. Le lendemain il ressentait encore des élancements douloureux, avec battements de cœur, céphalalgie frontale et occipitale grave, très forte. Bourdonnements d'oreilles à gauche. — N'a rien mangé; n'a pas dormi; pas de selles. Il avait encore des vertiges, et dut plusieurs fois s'approcher du mur pour ne pas tomber. — La nuit du 16 au 17 fut bonne. Depuis les symptômes vont s'améliorant.

Auparavant L... était sujet aux crispations de nerfs, irritable; quand il ne pouvait passer sa colère, il avait une sensation de strangulation. Il y a deux ans, à la suite d'une colère, il tomba. — Sujet aux migraines (une fois par semaine, céphalalgie frontale). Pas d'excès habituels. Parmi ses antécédents de famille nous relevons: mère aurait des crises de nerfs. — Il a eu un frère qui est mort, à 4 ans, d'une méningite.

Etat au 19 juillet; constitution délicate. Tempérament lymphatico-nerveux. Apyrexie. — Pouls: 80, régulier, égal. Rien d'anormal au cœur. Langue un peu blanche. Pas d'appétit, pas de selles depuis trois jours. Habituellement digestion bonne. — Respiration nette.

On constate une hyperesthésie douloureuse à la pression dans les 5^e, 6^e, 7^e espaces intercostaux gauches, et à la région hypochondriaque gauche. — La sensibilité à la piqûre est *moins marquée à gauche* qu'à droite. — Pied bot varus congénital à droite.

Le malade a encore par moments des vertiges.

Hypnotisé, pour la première fois, par simple occlusion des yeux, il entre en somnambulisme (catalepsie, contracture, transfert suggestif). Au réveil, après suggestion, il n'a plus de douleurs et la sensibilité est égale des deux côtés.

Le 20, le malade a bien dormi, n'accuse plus de vertiges, ni de douleurs. L'appétit est revenu. Il demande sa sortie.

OBSERVATION LXIV

Crises convulsives consécutives à des coups. — Guérison par suggestion.

M.... Victorine (1), 18 ans, repasseuse, entrée le 2 mars, sortie le 6 juillet 1889. N'a jamais eu de maladie antérieure. — Bien réglée tous les mois à trois jours. — Ayant été battue cette nuit, vers 8 heures, par une femme de la maison, sans cause connue, elle a eu des convulsions hystériques coup sur coup jusqu'à minuit, et a été amenée à l'hôpital.

Etat actuel: forte, assez grosse, bien constituée; — intelligence médiocre, tempérament nerveux, irritable.

26 juin. Anesthésie avec analgésie, absence du sens musculaire pour tout le corps. Seule la pression de la région abdominale droite détermine de la douleur. — L'odorat est aboli. — La vision est conservée; mais il y a dyschromatopsie: le rouge est vu jaune, — le violet foncé, gris, — le bleu, jaune, — le blanc, bleu.

De temps en temps la malade a un peu de contracture dans les membres.

(1) Obs, inéd. de M. le professeur Bernheim.

On applique, sans rien dire, une pièce d'or sur le pied gauche, et au bout de 10 minutes la sensibilité n'est pas revenue. On remet la même pièce au même endroit, en prévenant la malade que la sensibilité va revenir, — et au bout de 10 minutes celle-ci reparait exactement sur toute la moitié gauche du corps. L'achromatopsie persiste.

Le 27. Dans la journée d'hier, la malade accusait une douleur vers la région axillaire droite, qui l'a empêchée de dormir.

La sensibilité tactile et à la douleur existe sur le membre inférieur gauche ; mais quand on applique un corps froid sur la jambe, la malade croit que c'est la main ; elle reconnaît le contact d'une étoffe.

Une piqûre d'épingle ou une pression légère sont bien ressenties au membre inférieur droit. — Analgésie du côté droit de la face.

La dyschromatopsie constatée hier persiste encore.

Les odeurs ne sont pas perçues. — Le sel mis sur la langue n'est pas senti. L'oreille gauche n'entend pas une montre dont le bruit est perçu à 30 centim. par l'oreille droite.

On hypnotise la malade. — Un instant après, on l'examine de nouveau et on trouve une hémianesthésie complète à droite.

Chacun des jours suivants, on suggestionna la malade ; on obtenait le sommeil profond avec somnambulisme. La sensibilité reparut nette dès la 2^e séance. — L'ouïe de même après la 3^e.

Le 6 juillet, la malade complètement guérie, sortit de l'hôpital.

OBSERVATION LXV.

Crises hystériques. — Anesthésie variable sensitivo-motrice. — Disparition passagère des symptômes ou transfert opérés par suggestion à l'état de veille ou de sommeil. — Insuccès de la suggestion pour la disparition persistante des symptômes.

L... D. (1), domestique, 17 ans, entre au service le 27 mars 1883. Le Vendredi-Saint elle se fit une luxation de l'épaule qui fut réduite. Le lendemain elle eut une crise nerveuse, et depuis ce jour, elle y serait sujette.

De constitution moyenne, assez intelligente, elle accuse des douleurs dans le bras gauche, au dos du même côté et à la partie antérieure du thorax à gauche, et au niveau des apophyses épineuses dorsales. Anesthésie du membre supérieur gauche.

28. La suggestion hypnotique (somnambulisme) restaure la sensibilité dans le membre. Nuit bonne.

29. L'épaule est encore douloureuse. L'anesthésie qui s'est reproduite dans le membre est enlevée de nouveau par suggestion. La douleur persiste ; elle résiste à une seconde hypnotisation. — Le soir, hémianesthésie droite sensitivo-sensorielle complète, avec abolition du sens musculaire. Douleur dans l'avant-bras et la main gauches. Une première hypnotisation fait disparaître la douleur ; l'anesthésie persiste ; — une seconde fait disparaître l'hémianesthésie ; la douleur de l'épaule seule persiste.

(1) Obs. XII de M. Bernheim, loc. cit.

30. La sensibilité persiste à droite, mais la main et l'avant-bras gauches sont anesthésiés ; du même côté, diminution de l'ouïe ; abolition de la sensibilité gustative et olfactive ; diminution de la visuelle (vision réduite au tiers). Sensibilité persistante aux membres inférieurs. La suggestion simple avec application de diachylon sur la main gauche ne produit pas de changement. La suggestion hypnotique rétablit la sensibilité à gauche dans l'avant-bras et dans les sens, mais en même temps que cette sensibilité est restaurée, on constate qu'un transfert (non suggéré) s'est produit ; il y a anesthésie droite sensitivo-sensorielle complète. Après une nouvelle suggestion, le côté droit est redevenu sensible, sauf l'avant-bras. — Le soir, à 5 heures et demie, on constate à droite : anesthésie de la face, du membre supérieur, du thorax, du dos jusqu'à la 10^e vertèbre dorsale, anesthésies sensorielles, sensibilité des membres inférieurs et de l'abdomen. A gauche, anesthésie de la face, du membre supérieur ; l'épaule et le sein restent douloureux, sensibilité de l'abdomen et des membres inférieurs. L'œil gauche voit trouble, peut lire à 30 centimètres de distance (acuité visuelle $1/5$), anesthésie gustative et olfactive.

La malade a eu une petite crise durant huit minutes. Une petite tige de fer doux appliquée sur le dos de la main et l'avant-bras gauches reste sans résultat après vingt-cinq minutes. Un aimant la remplace pendant vingt minutes, avec suggestion (sans sommeil) à la fin de l'application. La malade accuse de la douleur dans les doigts et la main ; la sensibilité est restaurée dans l'avant-bras, à partir du 1,3 moyen jusqu'en haut. La face et les organes sensoriels restent anesthésiques. Je fais alors une suggestion à l'état de veille pour le retour de la sensibilité à droite, la main droite étant tenue entre mes deux mains. Tout d'un coup, la malade accuse une douleur dans le bras, comme un coup de lancette. La sensibilité est restaurée dans le bras droit jusqu'au poignet, la main restant insensible. Le thorax et le cou sont sensibles ; la face reste anesthésiée. Mais le bras gauche est redevenu anesthésique. L'insensibilité olfactive persiste. En touchant la narine droite avec suggestion, la sensibilité olfactive y revient.

Enfin j'hypnotise la malade et je refais la suggestion pendant cinq minutes. Au réveil, la sensibilité est revenue des deux côtés, l'audition de la montre est perçue à 0^m,30 à droite et 0^m,10 à gauche ; la vision est de $3/8$ au lieu de $1/5$; l'odorat existe des deux côtés ; seule la sensibilité gustative demande une nouvelle hypnotisation d'une minute pour être restaurée. Mais l'effet obtenu ne se maintient pas, l'anesthésie se reproduit.

La suggestion, soit à l'état de veille, soit à l'état de sommeil, restaure facilement la sensibilité, mais le plus souvent en la transférant de l'autre côté lorsqu'il y a hémianesthésie.

Le 14 avril, une paralysie des extenseurs de la main gauche avec anesthésie du membre et contracture du bras, disparaît rapidement par suggestion hypnotique. Mais, vingt minutes après le réveil, survient un coup de lancette, et le membre entier est contracturé en extension, cette contracture disparaît aussi par suggestion hypnotique.

Mais la suggestion, quoique répétée journellement, ne parvient pas à produire de résultats durables ; l'anesthésie se reconstitue le plus souvent sous forme d'hémianesthésie souvent gauche, d'autres fois droite, d'autres fois elle est totale ou dans trois membres ; des crises hystériques ont lieu de temps en temps. A partir du mois de juin, la malade n'a plus de crises, ni de dou-

leurs ; tout se réduit à de l'anesthésie variable ; elle va bien, mais son caractère est devenu indocile ; elle a des démêlés fréquents avec la sœur. Nous la renvoyons le 27 juillet.

J'ai appris plus tard que la guérison s'est maintenue ; je n'ai pu savoir si elle est encore sujette aux anesthésies.

§ VII. — Viscéralgies

Ce ne sont pas seulement les nerfs de la vie de relation, soumis à la volonté, qui peuvent être atteints par les accidents qui nous occupent, mais aussi ceux de la vie organique.

Dans une première observation, nous verrons que la fonction digestive a été troublée à la suite d'un traumatisme ; et au point de vue de la localisation, nous ne saurions ici trouver aucun rapport. Nous eussions pu encore ranger ce cas parmi ceux que nous avons rapportés de crises convulsives éveillées par un traumatisme. Les crises dont il s'agit ont manifestement le caractère de crises hystériques. Mais nous attirons surtout l'attention sur l'étrangeté des vomissements de Madame X... Ils sont de la classe des vomissements alimentaires. Ils se sont établis peu à peu. Les douleurs inévitables de la luxation de l'épaule et de la fracture de la cuisse, l'ennui d'un long traitement, la perte d'appétit bien naturelle par un séjour au lit prolongé, peut-être l'existence de battements épigastriques violents, qui ont pu frapper vivement l'imagination de la malade, nous semblent avoir été des causes prédisposantes et à la fois occasionnelles. Mais il faut surtout noter la perte du goût et l'insensibilité du pharynx, qui ont déterminé un dégoût profond des aliments. L'introduction de la sonde n'a servi qu'à rendre le passage de la nourriture pour ainsi dire inconscient. Et celle-ci une fois dans l'estomac, où elle est arrivée par cet artifice, est bien supportée par l'organe ; le reste de la digestion se fait normalement.

Dans ce cas, il ne s'agit pas de troubles soit de sensibilité, soit de motilité, soit de sécrétion de la muqueuse gastrique, auxquels le seul usage de la sonde ne remédierait pas. Il ne s'agit pas non plus de ce que *Mondière* a appelé oesophagisme, c'est-à-dire d'un spasme plus ou moins complet et durable du canal lors du passage des aliments. Notre malade avale bien, et la nourriture descend jusque dans l'estomac. Enfin notons

cette particularité que le chocolat, qui plaît à la malade, ainsi que le café au lait du matin, sont bien supportés sans la sonde.

— Les vomissements sont de nature nerveuse.

Nous ne pensons pas qu'il soit ici question de vomissements dits par inhibition vitale. Sans nier que ces vomissements puissent exister dans certains cas, nous pensons avec MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau (1) que la majorité des hystériques n'offre pas les anomalies de nutrition sur lesquelles les auteurs avaient, il nous semble, trop insisté autrefois. On disait que la désassimilation étant peu active, le besoin d'alimentation est aussi très restreint, et, ce que ces malades ingèrent étant du superflu, ils doivent le rejeter sous peine d'en être indisposés. (2) — Or on a constaté que si les hystériques apportent dans leur façon de se nourrir une bizarrerie qui est un des traits généraux de leur maladie, s'ils ont des goûts prononcés pour les épices, les mets étranges, acides, peu digestibles, cependant ils n'en prennent pas moins, en somme, une quantité d'aliments très-suffisante pour se soutenir, et qui satisferait tout autre sujet en bonne santé. — Nous convenons toutefois que la ration quotidienne de Madame X... n'est pas très-abondante.

Il n'y pas lieu davantage de penser à une déviation dans l'excrétion de l'urée. En ce cas nous ne comprendrions pas la simple action de la sonde, sans lavage préalable au gavage.

Nous concluons donc que les vomissements dont il s'agit dépendent purement de l'imagination.

OBSERVATION LXVI

Vomissements nerveux consécutifs à un traumatisme. — Légère amélioration par l'usage de la sonde.

Mme X... (3), âgée de 62 ans, a toujours joui d'une excellente santé et n'a jamais manifesté de troubles nerveux jusqu'en 1878. Cependant il est à noter que par suite d'obligations professionnelles, elle s'est trouvée, pendant une grande partie de son existence, en rapport avec de nombreux aliénés, auxquels elle prodiguait les soins les plus dévoués. Pas d'antécédents ner-

(1) Gilles de la Tourette et Cathelineau : La nutrition dans l'hystérie. — in Prog. méd. 1^{er} déc. 1888. — 4 mai, — 3 août 1889.

(2) Empereur. Essai sur la nutrition dans l'hystérie. — Th. Paris 1876. p. 38.

(3) Observation inédite de M. le professeur Demange.

veux héréditaires ni personnels. Elle même a eu de nombreux chagrins. Enfin, en 1878, au mois d'août, plusieurs années après sa ménopause, elle tomba du haut d'une échelle, et dans sa chute, se luxa l'épaule droite, et se fit une fracture sous-trochantérienne du fémur droit. La luxation fut réduite sans difficulté ; et, quant à la fracture, elle se consolida après plusieurs mois, en déterminant un cal volumineux qui, par compression, donna lieu à une névralgie sciatique chronique qui persiste encore. Il en est résulté de plus un peu d'atrophie des muscles de la jambe et de la cuisse, et, à une certaine époque, un éruption d'herpès sur ce membre.

Pendant le traitement de la fracture et les trois années qui suivirent, Mme X... eut à plusieurs reprises des crises caractérisées par des faiblesses, accompagnées de spasmes convulsifs généralisés, des accès de suffocation, et se terminant tantôt par des accès de pleurs plus ou moins prolongés, tantôt par une polyurie durant plusieurs jours. Parfois ces crises ont été précédées d'anurie plus ou moins complète. En même temps, la malade souffrait d'une insomnie persistante que diverses médications n'ont pu modifier.

Dès le début de son mal, elle ressentit aussi, à l'épigastre, des battements de l'aorte et du tronc coeliaque extrêmement pénibles. Ces battements cédaient à la morphine, ou au bromure de potassium, ou par l'application d'un sachet de glace.

Peu à peu la malade prit un dégoût de la nourriture, qui augmenta au point de devenir une dysphagie spasmodique ne permettant plus d'avaler aucun aliment. L'amaigrissement survenant, on lut alors, vers 1883, obligé de recourir à l'emploi de la sonde œsophagienne qui seule permit l'introduction de certains aliments. Le passage de la sonde ne provoqua absolument aucun réflexe pharyngien. La malade ne digérait que les aliments introduits par la sonde (lait, bouillon, œufs, viande pilée).

À de nombreuses reprises, elle essaya d'avaler des potages, mais tout ce qui n'était pas pris à l'aide de la sonde, était infailliblement vomi presque aussitôt.

Au bout d'un an, la malade put de nouveau avaler seule quelques aliments légers. Mais en 1885 il a fallu reprendre la sonde et l'employer depuis. Néanmoins la nutrition se maintient dans un état à peu près satisfaisant. Actuellement voici le régime de M^{me} X... : une tasse de café au lait le matin (pris sans la sonde) ; à midi un litre de lait ou de bouillon, auquel on ajoute un œuf ou 200 gr. environ de viande pilée ; le soir une infusion de thé. — M^{me} X... ne supporte pas le vin. — Dans le courant de la journée, elle suce quelques pastilles de chocolat, qu'elle aime, et dont la déglutition se fait sans accident. Les tentatives pour se passer de la sonde (hormis pour le café au lait du matin) sont toujours suivies de vomissements.

De temps en temps, crise d'anurie précédant une intolérance plus grande de l'estomac.

Constipation assez opiniâtre (une selle environ chaque cinq ou six jours, provoquée par des purgatifs, dont la moitié, soit dit en passant, est régulièrement rejetée par le haut).

La malade se fait faire quotidiennement une injection sous-cutanée de morphine de 1/2 centigr., — et pendant tout son traitement n'a jamais dépassé la dose de 2 centigr. par jour.

Son intelligence est absolument nette. — Son caractère est devenu un peu plus difficile. — Apyrexie.

Jamais elle n'a eu de paralysie, ni de troubles sensitifs ou sensoriels, excepté cependant une perte complète du goût et de l'odorat.

Il s'agit évidemment ici d'un cas d'hystérie à forme particulièrement gastrique, survenue à la suite d'un choc traumatique et nerveux chez une femme que ses antécédents héréditaires ne semblaient pas y prédisposer, et on peut admettre que le traumatisme a été le point de départ des accidents hystériques qui se sont développés.

Divers traitements ont été employés ; hydrothérapie, bains prolongés, différentes préparations de bromure, de chloral, de morphine, ne semblent pas avoir donné de grands résultats. — Néanmoins depuis un an environ, les digestions sont plus faciles ; mais la malade ne digère à peu près sans difficulté que les aliments pris par la sonde, qu'il suffit maintenant de faire pénétrer dans l'œsophage, sans la pousser jusque dans l'estomac. Ceci nous indique qu'il s'agit surtout ici d'un dégoût pour la nourriture plutôt que d'une intolérance propre de la muqueuse stomacale.

Dans notre deuxième observation, le traumatisme est représenté par une typhlite. La localisation de la douleur, le trouble général qui s'ensuit, nous ont paru des caractères assez significatifs pour admettre une telle interprétation. Les accidents consécutifs ont consisté en douleurs avec contractures siègeant sur les masses intestinales de l'hypochondre droit. Comme on le verra par la lecture de l'observation, le diagnostic est resté longtemps méconnu ou incertain jusqu'à ce que notre maître, M. le professeur Bernheim, l'ait établi par sa méthode de traitement et le plein succès qu'il a obtenu. Nous remarquerons encore que les accidents avaient dans ce cas la forme de crises survenant à certaines heures périodiques.

OBSERVATION LXVII.

Crises convulsives intestinales, consécutives à une typhlite. — Guérison par la suggestion.

M. E. V... (1), âgé de 42 ans, commerçant, habitant Lunéville et habituellement bien portant. Il n'a jamais eu de maladies antérieures : le seul inconvénient qu'il ait accusé, ce sont de petites selles diarrhéiques venant après chaque repas régulièrement et de plus, de fréquentes petites selles dans la journée, toujours liquides, sans coliques, cela depuis son enfance ; il ne se rappelle pas avoir eu de selles moulées. Il n'a jamais eu d'accidents nerveux ; mais j'ai traité une de ses sœurs et une nièce pour des troubles hys-

(1) Obs. inédite de M. le prof. Bernheim.

tériques. M. V... paraissait énergique, dur pour lui-même, et n'accusait aucun trouble, bien qu'ayant les attributs du tempérament lymphatico-nerveux.

Etant à Lille pour affaires, le 12 juillet 1888, il contracte une typhlite avec douleur vive iléo-cœcale, fièvre intense, constipation ; cette typhlite fut combattue par les purgatifs et l'application de deux vésicatoires. Il resta alité, pendant 17 jours, puis resta encore 12 jours à achever sa convalescence à Lille, n'ayant de selles qu'avec des purgatifs. Rentré à Lunéville, il vit se confirmer sa guérison, il n'accusait plus aucune douleur, mais toujours de la constipation, et de plus rendait les aliments aussitôt après les repas. — Tout d'un coup, 15 jours après, survint vers la région abdominale inférieure droite une douleur atroce, comme une crampe, comparable en intensité à une colique hépatique ou néphrétique des plus violentes ; cette douleur dura de 1 heure à 1 heure 1/2 et se dissipa à la suite de cataplasmes et de lavements laudanisés. Après cet accès, V... resta alité, avec de l'anorexie, — sans aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression. Trois jours plus tard survint un accès pareil au premier.

Puis les accès se répétèrent presque tous les jours, à heures variables, durant 1/2 heure à 1 h., — rarement la nuit ; il aurait été réveillé, 3 ou 4 fois seulement dans son sommeil par la douleur. — En même temps, outre ces accès de coliques, constipation opiniâtre ; il n'allait à la selle que par lavement, et ne rendait que de petites chiques ou des rubans tout minces et plats, dit-il, ayant cependant la longueur d'un doigt.

Les médecins de Lunéville, qui le virent, pensèrent naturellement qu'il s'agissait d'un obstacle intestinal consécutif au processus de la typhlite, par bride cicatricielle, péritonite chronique, épaississement inflammatoire du cœcum, etc. — Appelé à voir le malade en octobre 1888, je ne pus que me ranger à l'avis de mes confrères. En dehors des crises, on ne constatait rien de bien net à la palpation profonde de la région iléo-cœcale, qui n'était pas douloureuse ; parfois on croyait sentir une rénitence, mais peu distincte. Pendant les crises douloureuses, on constatait une contracture avec gonflement de la paroi abdominale du côté droit et des anses intestinales sous-jacentes. On continua à essayer les révulsifs, vésicatoires, et les purgatifs divers, huile de ricins, séné, eau hongroise, pilules, etc., contre la constipation opiniâtre. Rien n'y fit.

En novembre, les douleurs devenaient intolérables au malade, il dut avoir recours aux injections de morphine, et commença par la dose de 1 centigr. qu'il dut augmenter progressivement pour arriver en mars 1889 à la dose de 10 centigr. par jour. Depuis cette époque, il dut régulièrement chaque jour, aussitôt l'accès développé, injecter cette dose en une fois ; une dose inférieure ne suffit pas à enlever la douleur. Il lui est même arrivé une fois de s'injecter 16 centigr. d'un coup.

Je le vis une seconde fois à la fin de janvier 1889. A cette époque déjà, frappé de l'intensité des douleurs, qui étaient hors de proportion avec une simple constipation due à un rétrécissement, apprenant que le malade avait eu, il y avait quelques jours, une petite selle moulée du calibre du petit doigt, connaissant d'ailleurs les antécédents nerveux de la famille, ne trouvant à la palpation profonde, en dehors des accès, aucune douleur, aucune rénitence bien nette, j'exprimai à mes confrères l'idée que l'élément nerveux pourrait être pour quelque chose dans ces accès si douloureux ; qu'une névrose spasmodique douloureuse greffée sur une lésion légère pourrait expliquer cet appareil

symptomatique, et je prononçai le mot de suggestion ; — je dis que si rien ne réussissait, le malade pourrait venir essayer ce traitement à Nancy, et qu'en cas d'échec, cela n'aggraverait en rien son état. Je rappelai à mes confrères un cas de névrose douloureuse précordiale, datant de 4 ans, ayant défié toutes les médications, chez la femme d'un confrère, que j'avais récemment guérie par suggestion. — Nous instituâmes un traitement par la belladone conjointement avec des purgatifs et les injections de morphine dont le malade ne put se passer.

Les choses restèrent dans le même état. Vers la fin de février, cependant, le malade resta 8 à 10 jours sans douleur, et l'espoir renaissait dans la famille. Mais les accès reparurent plus douloureux et la dose de 10 centigrammes de morphine par jour devint nécessaire. La santé générale périclitait. Le malade maigrit et s'anémia. Rien n'arrêtait les accès ; l'idée d'une lésion organique grave s'imposait. Il était question de consulter un de nos collègues en chirurgie sur l'opportunité d'une laparotomie. Avant de se décider pour cette extrémité, le malade alla consulter le professeur Naunyn (de Strasbourg), qui, après l'avoir chloroformé et examiné, pensa comme tous les médecins à un rétrécissement, et institua un traitement par les lavements forcés. Le malade passa quinze jours à la maison de la Tous-saint, à Strasbourg, et reçut pendant ce temps dix injections d'eau froide de 1 litre $1/2$ par le rectum. Le traitement resta sans résultat ; les lavements déterminaient souvent des crises ; et à leur suite, celles-ci devinrent plus nombreuses et plus fréquentes : une à deux tous les jours, durant $3/4$ d'heure à 1 heure $1/2$.

Mme V... consulta alors le professeur Kœberlé, qui avait déjà vu le malade en novembre 1888. Notre collègue et ancien maître ne constata aucune lésion à l'examen du ventre et pensa qu'il s'agissait d'une simple contracture musculaire, d'une névrose spasmodique greffée sur une typhlite. Il conseilla de continuer la belladone et les injections de morphine.

D'après ce diagnostic, confirmant l'idée que j'avais exprimée antérieurement, la famille du malade pensant que la suggestion hypnotique pourrait être tentée, le malade vint me revoir le 20 juillet dernier.

Après l'avoir examiné de nouveau et avoir constaté que le ventre était souple, et nullement douloureux à la pression profonde, en dehors des accès, j'essayai l'hypnotisation, et en moins d'une minute M. V... était en sommeil presque complet (catalepsie, mouvements automatiques, analgésie) avec souvenir conservé au réveil. Je suggérai la disparition des accès de douleur et de contracture. Au réveil, j'engageai le malade à venir passer plusieurs jours à Nancy, pour se soumettre au traitement suggestif.

Malgré la suggestion, M. V... eut un accès le lendemain 21, et revint le 22 juillet s'installer à Nancy. Ce jour, je fis deux séances ; le malade arriva depuis la troisième en sommeil profond avec amnésie au réveil. Les crises depuis quelques jours viennent surtout vers huit heures du matin. Le 23 juillet à huit heures, je me rendis chez le malade, je le trouvai la main appuyée sur la région iliaque droite, la face commençant à se gripper ; l'accès commençait ; je constatai que toute la paroi abdominale surtout à droite était contracturée. Je provoque immédiatement l'hypnose et je dis au malade : « Dans une minute vous ne sentirez plus rien et le ventre sera relâché complètement. » J'affirme la chose avec assurance parfaite. Et une minute après, la douleur avait disparu, la contracture avait cédé et j'enfonçais mon poing dans la profondeur, sans aucune douleur.

Je fis une nouvelle suggestion à deux heures. — Le 24, à huit heures du matin, je me trouvais chez le malade. Il attendait sa crise ; elle n'était pas encore déclarée, mais les phénomènes précurseurs étaient là. La main se portait vers la région malade. Je l'hypnotise immédiatement et je lui dis : « La crise, elle ne viendra pas ; vous n'aurez rien. — J'enfonce mon poing dans le ventre, qui est mou et insensible. Et demain matin, vous aurez beau attendre la crise, elle ne viendra pas. » En effet, rien ne se manifesta. La crise ne vint pas, et le lendemain, le malade n'en eut pas le moindre symptôme précurseur. M. V... resta encore à Nancy jusqu'au 31, jour où je dus le renvoyer, car je partis en vacances. Il n'eut plus de crise. — Le sevrage de la morphine, qu'il avait dû continuer jusqu'au 22 juillet, donna lieu à quelques symptômes : lassitude, vertige, malaise, selles diarrhéiques, insomnie ; ces symptômes disparurent progressivement par la suggestion en quatre ou cinq jours.

Avant son départ, j'appris à M^{me} V... à hypnotiser elle même son mari je l'engageai à continuer à le faire 2 fois par jour.

Mais trois ou 4 jours après le retour de Lunéville, les accès revinrent irrégulièrement. D'abord M^{me} V... ou le docteur X... arrivaient à les arrêter net par suggestion. Mais souvent M. V... se trouvait à son bureau à 1 kilomètre de distance de son logement, et quand l'accès commençait, et qu'on allait chercher Madame V..., elle arrivait trop tard ; l'accès était dans tout son plein ; le malade souffrait comme un damné, se crispait et restait rebelle à la suggestion. La morphine redevint nécessaire à la dose de 8 à 10 centigr. par jour. — Cela continua ainsi, malgré les suggestions faites en dehors des accès, 2 fois par jour.

M. V... revint à Nancy à mon retour de vacances, le 18 septembre. Il essaya d'abord de se traiter en restant à Lunéville, et venant 2 fois par semaine à Nancy, mais les séances des 18, 22, 25 et 30 septembre restèrent infructueuses. Bien que le malade fût en hypnose profonde, chaque fois, la suggestion était impuissante à prévenir le retour des crises qui se répétaient chaque jour. Je décidai le malade à faire un nouveau séjour à Nancy, plus prolongé. Il revint le 20 octobre. Je lui fis 2 suggestions vigoureuses par jour : l'une à 8 heures du matin, l'autre à 2 heures. Les crises venaient à peu près à heure fixe, à 4 heures de l'après-midi, depuis quelque temps ; elles semblaient s'être régularisées depuis la suggestion,

Les 2 premiers jours, l'accès revint le soir, malgré la suggestion, mais moins douloureux et moins long. — Le troisième jour au dire du malade la douleur n'était presque plus rien. — Les jours suivants, le malade dit que la crise n'était pas venue et parut enchanté. Je le crus débarrassé par la suggestion ; mais j'appris le 9 octobre par sa femme qu'il se faisait une injection de morphine tous les soirs vers 3 heures au moment où la crise commençait. Il m'avait trompé.

Je l'admonestai vivement ; je supprimai la morphine et je le priai de m'attendre chez lui tous les soirs ; à quatre heures, je devais venir arrêter la crise au moment où elle tendait à se montrer. — À quatre heures moins dix minutes, je fus chez lui. Il ne ressentait absolument rien. « Vous voyez lui dis-je, la crise ne peut pas venir, quand je suis là ». Mais aussitôt que quatre heures allaient sonner, la figure du malade commençait à durcir. Alors je lui dis : « Croyez-vous que je vais vous endormir pour empêcher la crise ? Ce n'est pas nécessaire. Tenez, je mets la main sur votre ventre. Dans deux

minutes je l'enfoncerai jusqu'à la colonne vertébrale et vous ne sentirez rien ». Le malade parut douter ; la crise était imminente. Je laissai la main sur la région douloureuse, en riant, et au bout de une à deux minutes : « Tiens, c'est vrai, dit-il, il n'y a plus rien ». Et l'accès ne vint pas. Ma main seule avait conjuré en une minute une crise que 10 centigr. de morphine seulement arrivaient à calmer.

Je constatai, en effet, que M. V... était suggestible à l'état de veille : catalepsie, contracture, paralysie, analgésie complète, tout pouvait être réalisé chez lui, comme chez la plupart des bons somnambules, sans sommeil provoqué préalable. Le lendemain l'accès ne chercha pas à venir. Je fis rester le malade ici jusqu'au 28 octobre, et à partir du 9 aucune crise ne s'est plus manifestée ; M. V... n'a plus eu recours à la morphine.

Chose singulière, avant et depuis la maladie, M. V... avait toujours des selles diarrhéiques après chaque repas et dans le courant de la journée, il ne se rappelle presque pas avoir eu de selles moulées. Le 18 octobre je lui suggère d'avoir une selle moulée régulière tous les jours vers dix heures du matin, et je répète la suggestion tous les jours. La suggestion réussit, les selles deviennent moulées et ont lieu régulièrement entre neuf et dix heures du matin ; dans les premiers jours, il y en a deux dans la matinée. Puis après quatre ou cinq jours de cette suggestion, il n'y a plus qu'une seule selle moulée du calibre d'un doigt, entre neuf et dix heures du matin.

M. V... va d'ailleurs très bien, l'appétit est bon, la digestion parfaite, le sommeil de la nuit excellent.

Il retourne chez lui le 28. Il est possible qu'une impression quelconque, effort, indigestion, etc... ramène de nouveau une crise et que la suggestion de la douleur soit plus forte que le souvenir de la contre-suggestion thérapeutique. Mais il est certain que la maladie guérira et restera guérie, à condition que, en cas de rechute, la suggestion puisse être faite au moment même où la douleur voudra éclater.

§ VIII. — Cas Complexes.

Sous ce titre de cas complexes, nous donnons les résumés de 33 observations publiées par Oppenheim dans son livre sur la névrose traumatique. Nous eussions pu en distraire quelques-unes, et classer l'obs. 97 par exemple, parmi les hémiplegies flasques ; — la 98^e parmi les coxalgies ; — la 99^e parmi les contractures ; — la 100^e parmi les crises convulsives. — Nous avons laissé ces observations au rang que leur donne leur auteur, en raison de la marche analogue de ces accidents avec celle constatée pour les observations qui précèdent. Dans les autres observations on trouvera un mélange de symptômes réputés hystériques et de symptômes neurasthéniques. Nous devons indiquer que la concomitance de ces deux névroses n'a pas été

signalée par Oppenheim seul ; mais, en France, dans ces dernières années, M. Charcot en a rapporté aussi quelques exemples. Cela se produit surtout à la suite de grands ébranlements nerveux, dans les accidents de chemin de fer, lorsque l'effroi semble surtout avoir joué un rôle peut-être plus important que la blessure corporelle.

Enfin nous avons dit déjà que ces cas comportaient un pronostic plus fâcheux, comme si l'adjonction de phénomènes lneurasthéniques rendait le malade moins susceptible de subir l'action suggestive thérapeutique.

Sur ces 33 observations, 2 seulement ont rapport à des femmes. Les âges varient entre 23 et 58 ans, — mais avec une moyenne qui nous semble supérieure à celle que nos observations précédentes nous donnaient.

OBSERVATION LXVIII

Cause. Accident de chemin de fer par déraillement.

Symptômes. Céphalée. Insomnie. Accès de vertiges et de syncopes. — Douleurs dans la région thoracique gauche et le dos. — Rétrécissement concentrique considérable du champ visuel. Diminution de l'acuité visuelle centrale, et de la sensibilité à la lumière. Troubles des autres sens. — Analgésie qui s'étend sur toute la surface du corps, ne laissant libres que les extrémités des doigts et une zone de la région dorsale inférieure, où il y a de l'hyperesthésie. Sensation de ceinture. Troubles de la parole. Faiblesse motrice générale. Impuissance.

Marche. Amélioration de quelques symptômes. Aggravation des douleurs générales. Mort de cause inconnue.

F. R..., 41 ans, conducteur de train. — Bien portant jusque là, et d'une famille saine.

OBSERVATION LXIX

Cause. Accident de chemin de fer par déraillement, — choc sur le dos.

Symptômes. Douleurs dans les régions dorsale et lombaire, aussi bien que dans la moitié gauche de la tête. Lueurs devant les yeux, rétrécissement du champ visuel à gauche ; — diminution de l'ouïe à gauche. Troubles psychiques. Mélancolie. Irritabilité. Cauchemars, éveils en sursaut. Troubles de la parole. Troubles dans la démarche ; la marche en arrière est plus facile qu'en avant. — Faiblesse motrice générale, plus prononcée dans la jambe gauche. Tremblement. Oscillations, les yeux fermés. Anesthésie de la partie latérale supérieure des cuisses.

Marche. Amélioration.

G. P..., 41 ans, conducteur de train. — Traitement : bains chauds, furation.

OBSERVATION LXX

Cause. Accident de chemin de fer, — écrasement entre deux trains.

Symptômes. Douleurs dans les régions dorsale et sacrée, avec localisation de la sensation de pression. Fixité de la colonne vertébrale dans tous les mouvements. Perturbation considérable dans la marche. Miction douloureuse. Tremblement de tout le corps à l'occasion d'excitations ou de mouvements. Exagération de la fréquence du pouls. Grande irritabilité du système nerveux cardiaque. Troubles psychiques. Mélancolie.

Marche. — Aucune amélioration.

A. H..., 45 ans, conducteur. — L'antipyrine atténue les douleurs. Le bromure de sodium produit peu d'effet, de même que le traitement électrique et l'hydrothérapie.

OBSERVATION LXXI

Cause. Accident de chemin de fer par déraillement, — choc sur la tête et les reins, grande excitation psychique.

Symptômes. Troubles psychiques, avant tout hypochondrie et grande irritabilité. Troubles spéciaux du langage. *Tremblement.* Incapacité d'écrire par suite du tremblement. Hyperesthésie de la peau du dos, et sensibilité des apophyses épineuses. Précipitation du pouls. Troubles pseudospastiques de la marche. Analgésie de la peau de la tête. Retréissement concentrique du champ visuel pour les couleurs.

Marche. Chronique. Légère rémission. Pas de guérison.

R. K., 38 ans, employé aux écritures. — Le tremblement de la tête est continu et à peu près rythmique ; par le progrès du mal il gagne le tronc et les membres supérieurs. Il s'accroît quand le patient étend les mains, — surtout dans la main droite ; c'est un tremblement assez rapide (six oscillations environ à la seconde).

OBSERVATION LXXII

Cause. Accident de chemin de fer par rencontre de wagons.

Symptômes. Douleurs dans les régions dorsale et thoracique et dans l'occiput. Sensibilité à la pression des apophyses épineuses. Mélancolie, angoisse. Irritabilité. Myosis et immobilité de la pupille gauche. Fixité du tronc dans les mouvements. Difficulté de la marche. Tremblement. Exagération des réflexes tendineux. Affaiblissement des réflexes cutanés. Fréquence des mictions, sans polyurie. Hémianesthésie gauche, avec extension irrégulière sur la droite. Retréissement concentrique considérable du champ visuel. Diminution de l'acuité visuelle centrale. Achromatopsie. Troubles dans les autres organes des sens.

Marche. Chronique progressive.

W. D. Sans tare héréditaire. — Faiblesse et raideur des jambes.

OBSERVATION LXXIII

Cause. Accident de chemin de fer par déraillement.

Symptômes. Mélancolie. Angoisse, propension à la crainte. Douleurs dans la tête et dans le dos. Rétrécissement concentrique du champ visuel et diminution de l'acuité visuelle centrale. Diminution de l'ouïe, de l'odorat et du goût des deux côtés. Anesthésie de tout le corps, à l'exception de petites zones bien déterminées. Tremblement. Troubles dans la démarche.

Marche. Pas d'amélioration à l'hôpital. — Plus tard, après le règlement des dommages-intérêts, amélioration sensible.

A. P., 52 ans, conducteur, — d'une bonne santé habituelle.

OBSERVATION LXXIV

Cause. Accident de chemin de fer. Aucune espèce de lésions. Frayeur violente.

Symptômes. Angoisse. Anxiété. Insomnie. Faiblesse de mémoire. Accès épileptiformes, troubles de la sensibilité et des fonctions des sens. Précipitation continue du pouls jusqu'à 120 et 140 par minute. Dans la suite, extension des limites du cœur.

C. G. 43 ans. — Atténuation des douleurs par un traitement galvanique (à travers la tête), de même par des frictions froides. — Mais l'hypertrophie du cœur et la dilatation des ventricules s'accroissent.

OBSERVATION LXXV

Cause. Accident de chemin de fer par rencontre. Légères lésions externes.

Symptômes. Mal de tête. Vertige. Douleurs en ceinture, Mélancolie. Inquiétude. Insomnie. Tendance à l'effroi. Diminution de l'intelligence et de la mémoire. Difficulté d'uriner. Hyperesthésie de la peau dans la région dorsale inférieure. *Troubles de la mobilité surtout dans les membres de droite.* Difficulté dans la démarche. Diminution de la sensibilité et des fonctions des sens dans la moitié droite du corps.

Marche. Même après le dédommagement, aucune espèce d'amélioration, malgré des années d'observation.

A. B., 31 ans, marchand. Bonne santé habituelle. — N'eut que quelques coupures aux mains. Les mouvements du bras et de la jambe droite sont sans force et ne s'exécutent qu'en tremblant.

OBSERVATION LXXVI

Cause. Accident de chemin de fer, — choc sur le dos et la tête, etc.

Symptômes. Céphalée. Vertige et douleurs dans le dos. Bourdonnements d'oreilles. Larmolement et angoisse. Rétention d'urine. Impuissance. Perte des réflexes pupillaires, et inégalité des pupilles. Rétrécissement concentrique du champ visuel. Diminution du goût et de l'ouïe. Troubles étendus de la

sensibilité. Ralentissement et difficulté des mouvements. Troubles de la démarche. Exagération des réflexes tendineux.

Marche. Amélioration de quelques symptômes; pour le reste pas de changement.

W. L. 39 ans, conducteur. Bien portant avant l'accident. — Pas d'ataxie; — les mouvements actifs sont lents et imparfaits, parce que le patient a la sensation d'une tension dans le dos, et que ces mouvements occasionnent des douleurs dorsales. — Point de troubles dans la parole. Rien d'anormal dans les domaines du facial et de l'hypoglosse, si ce n'est que les mouvements du visage sont accompagnés d'un tremblement fibrillaire.

OBSERVATION LXXVII

Cause. Accident de chemin de fer. — Contusion à l'occiput.

Symptômes. Mélancolie. Angoisse. Affaiblissement de l'intelligence. Accès de vertige et de syncope. Rétrécissement concentrique du champ visuel à droite et atrophie du nerf optique; — à gauche léger rétrécissement. Troubles étendus de la sensibilité. Trouble de la parole. Tremblements. Ralentissement et difficulté des mouvements actifs. Impuissance.

Marche. Aggravation. — Augmentation des troubles visuels, etc...

M. H..., 48 ans, conducteur. — Faiblesse des jambes, surtout à gauche. Tout mouvement volontaire ou tout effort psychique s'accompagne d'un tremblement qui commence à la tête, et s'étend aux membres supérieurs. — Analgésie presque générale.

OBSERVATION LXXVIII

Cause. Accident de chemin de fer, par rencontre.

Symptômes. Anomalies de l'humeur. Accès de vertige. Troubles de la démarche et de la parole d'un caractère particulier. Anesthésie du cuir chevelu. Accès de fièvre.

Marche. Amélioration à l'hôpital. Plus tard état de santé variable.

V..., conducteur, 37 ans.

OBSERVATION LXXIX

Cause. Accident de chemin de fer, par déraillement.

Symptômes. Douleurs lombaires. Angoisse avec précipitation du pouls et inégalité des pupilles. Anomalies de la sensibilité.

Marche. Pas de guérison.

M..., 27 ans, chauffeur. — L'électricité calma un peu ses douleurs.

OBSERVATION LXXX

Cause. Chute d'une machine en marche.

Symptômes. Mélancolie. Irritabilité. Angoisse et rêvasserie. Insomnie. Douleurs dans la région thoracique droite. Légers troubles fonctionnels des

sens. Anesthésie en ceinture dans la région thoracique droite. Accès de vertige. Irritabilité anormale du système nerveux du cœur, palpitations.

Marche. Pas de guérison.

Th. E..., conducteur, 26 ans.

OBSERVATION LXXXI

Cause. Chute du haut d'un wagon sur la tête et le côté droit.

Symptômes. Troubles psychiques. Affaiblissement de la mémoire. Accès de vertige. *Hémi-parésie droite sans participation des nerfs cérébraux.* Diminution du volume des muscles dans les membres paralysés. Hémianesthésie avec participation des organes des sens.

Marche. Chronique. État stationnaire.

K. L..., 37 ans.

OBSERVATION LXXXII

Cause. Chute de cheval sur la tête.

Symptômes. Perte de connaissance, avec aura partant de la cicatrice. État hallucinatoire et accès d'angoisse. Troubles étendus de la sensibilité et aussi atteinte des fonctions sensorielles. Céphalée. Vomissements.

Marche. Sorti sans guérison. Plus tard seulement un peu d'amélioration.

C. B., 28 ans, pompier. — Blessure au-dessus de l'œil droit et à la main droite. — Trois attaques convulsives par semaine.

OBSERVATION LXXXIII

Cause. Coup sur la tête par un levier pesant 2 quintaux.

Symptômes. État d'angoisse. Agoraphobie. Frayeur. Faiblesse de mémoire. Anesthésie. Troubles sensoriels. Démarche particulière.

Marche. Dans les premiers temps aggravation, — puis état stationnaire pendant 2 ans.

W. Sch., 49 ans, forgeron. D'une famille saine et toujours bien portant lui-même. — Aucun phénomène de paralysie, ni de contracture. — Les traitements hydrothérapique, électrique, magnétique et pharmaceutique sont restés sans résultats.

OBSERVATION LXXXIV

Cause. Lésion de la moitié gauche de la tête et de l'épaule par la chute d'une poutre.

Symptômes. Absence pendant plusieurs semaines, etc..., ensuite vertiges et accès de perte de connaissance; faiblesse et tremblement, surtout dans les membres gauches. Perversion du sentiment. Anomalies de l'humeur, *Hémi-parésie gauche* sans participation du facial et de l'hypoglosse. Tremblement. Trouble de la parole. Difficulté d'uriner, hémianesthésie gauche avec participation des organes des sens. Photophobie, avec blépharospasme.

Marche. Le malade ne reste que peu de temps en observation.

K. V., 35 ans.

OBSERVATION LXXXV

Cause. Lésion par une courroie de transmission qui saisit l'ouvrier occupé dans la fabrique et l'enlève jusqu'au plafond. Grand effroi.

Symptômes. Démence progressive. Faiblesse de mémoire. Accès épileptiformes. Mal de tête. Vertiges.

Marche. Sorti sans être guéri.

J. R, tondeur dans une draperie. — L'amnésie porte sur les événements consécutifs à son accident. Il égare tous les petits objets qui lui appartiennent.

OBSERVATION LXXXVI

Cause. Chute du haut d'un poteau télégraphique sur le côté gauche.

Symptômes. Troubles psychiques. *Hémi-parésie gauche*, prédominant dans la jambe et n'atteignant pas le facial, ni l'hypoglosse. Hémianesthésie gauche, y compris les organes des sens. A gauche pupille plus grande qu'à droite. Affaiblissement des réflexes cutanés à gauche. Troubles vaso-moteurs. Myosite. Tremblement. Dilatation du cœur et fréquence du pouls.

Marche. Amélioration de quelques symptômes. Aggravation des autres. Jusqu'ici pas de guérison.

F. D. télégraphiste. — Pas d'hérédité pathologique. Pas d'alcoolisme. Par le traitement, le cœur a repris plus de calme, mais la paralysie a augmenté ainsi que la dépression morale.

OBSERVATION LXXXVII

Cause. Brûlures à deux reprises de la moitié droite de la tête et du visage par explosion de gaz.

Symptômes. Mal de tête. Troubles de l'ouïe. Plus tard anxiété, insomnie. Paresthésie de la moitié droite du corps. Puis subitement *paralysie du côté droit*, épargnant le facial et l'hypoglosse hémianesthésie droite. Troubles sensoriels des deux côtés.

Marche. Amélioration.

Z., 34 ans, pompier. Sans tare héréditaire. Plein de santé. Traitement galvanique. Son humeur redevient plus gaie. Il recouvre sa puissance génitale.

OBSERVATION LXXXVIII

Cause. Accident par écrasement entre les tampons de deux wagons de chemin de fer.

Symptômes. Etat hypochondriaque. Attaques hystériques. Troubles dans la démarche. Douleurs en ceinture. Miction difficile. Anesthésie d'une étendue particulière. Rétrécissement du champ visuel. Faible début d'hypnotisme lorsqu'on lui ferme les yeux.

Marche. Amélioration. N. B : il ne réclame pas d'indemnité.

A. K., 44 ans, ouvrier. — Il marche les jambes fortement écartées, les plantes des pieds rasant le sol. Aux membres inférieurs, la sensibilité est conservée sur les parties médianes, mais abolie sur les côtés. — Traitement : révulsifs et électricité.

OBSERVATION LXXXIX

Cause. Blessure dans une fabrique par un globe en rotation, qui atteignit le malade dans le dos.

Symptômes. Altérations psychiques. Contracture des muscles lombaires. Troubles de la démarche. Tremblement dans les membres, qui va jusqu'à des secousses spasmodiques. Difficulté des mouvements passifs dans les jambes, et augmentation des réflexes tendineux. Attitude particulière quand le malade se met debout. Analgésie du cuir chevelu. Irritabilité anormale des nerfs du cœur. Plus tard trouble de la parole.

Marche. Pas de guérison.

K. St., 54 ans.

OBSERVATION XC

Cause. Chute sur la terre unie sur le côté gauche. La malade, issue de parents consanguins, souffre de rétinite pigmentaire.

Symptômes. Troubles psychiques (apathie, mélancolie, irritabilité et frayeur). Analgésie qui s'étend à tout le corps. Hémianesthésie complète du côté gauche. — A gauche amaurose ; — à droite rétrécissement prononcé du champ visuel. Les autres fonctions sensorielles sont atteintes des deux côtés. *Parésie des membres gauches*, surtout de la jambe gauche. Trouble particulier dans la démarche. A gauche phénomènes étranges. Anorexie passagère. Accidents hypnotiques.

Marche. Amélioration de la paralysie après ténotomies sur les membres gauches. Extension de l'anesthésie. Incontinence des urines et des fèces. Transformation des troubles psychiques en démence. Développement d'une phthisie. Mort. — N. B. la malade n'avait à réclamer aucune indemnité.

A. K..., 30 ans, servante. Pas de maladies nerveuses dans sa famille. Fit une chute sur la glace, resta 24 heures sans connaissance, et revenue à elle, sentait son côté gauche comme roué de coups et paralysé. Pas de raideur dans les membres. Pendant la marche, la jambe gauche glisse sur le sol. — Contre l'insomnie on donne en vain de l'opium, tandis que la paralaldéhyde réussit promptement. — Sensation de strangulation. — Nécropsie : *L'examen macroscopique du système nerveux est négatif.*

OBSERVATION XCI

Cause. Contusion du dos par une tuile.

Symptômes. Humeur hypochondriaque et mélancolique. Amaigrissement. Sensibilité à la pression des apophyses épineuses. Faiblesse dans les membres et exagération des réflexes tendineux. Troubles de la sensibilité. Tachycardie persistante.

Marche. Accroissement des douleurs. Il se déclare de l'artériosclérose et de l'hypertrophie du cœur.

W. H..., 42 ans, — d'une famille saine.

OBSERVATION XCII

Cause. Chute du haut d'une échelle sur l'occiput.

Symptômes. Céphalée. Vertiges. Palpitations. Insomnie. Mélancolie. Angoisse. Tachycardie continue. Suractivité du cœur, souffle mitral diastolique et sifflement.

Marche. Pas d'amélioration essentielle.

M. T..., ouvrière, 23 ans. — Les traitements électrique et pharmaceutique sont sans résultat.

OBSERVATION XCIII

Cause. Blessures de la tête et du visage par la chute d'un réverbère.

Symptômes. Angoisse. Terreurs nocturnes. Tremblements intenses. Sensation de vertige et démarche chancelante.

C. L..., gardien de la voie, — 58 ans. Tremblement presque continu de la tête et des membres supérieurs, qui s'étend parfois à tout le corps. Ce tremblement est sans analogie avec celui de la paralysie agitante, et n'y a ni contractures, ni déformations. Il ne s'augmente pas par les mouvements involontaires. — Insomnie. — Pas de phénomènes de paralysie, ni de troubles sensitifs ou sensoriels.

OBSERVATION XCIV

Cause. Lésion du pied droit par la chute d'un rail (plaie exposée et gonflement articulaire).

Symptômes. Douleurs persistantes accrues par les mouvements. Cyanose du pied droit et du bas de la cuisse avec tuméfaction œdémateuse de ces parties. *Faiblesse et tremblement de la jambe droite*, — moins marqués au bras. Hypoesthésie du côté droit sans participation des sens. Troubles de la démarche.

Marche. Légère amélioration.

P. H., ouvrier, 45 ans, — bien portant auparavant.

OBSERVATION XCV

Cause. Graves lésions de la main gauche par une machine.

Symptômes. Au bout d'une demi-année de douleurs, surtout dans la région cubitale gauche, — tremblement, principalement dans le bras gauche. Lueurs devant l'œil gauche. Hyperesthésie de la cicatrice. *Légère contraction en flexion des 3^e, 4^e et 5^e doigts*. Troubles vaso-moteurs. Irrégularités psychiques (apparemment antérieures à l'accident). Accroissement des réflexes tendineux surtout au membre gauche.

Marche. Amélioration par des bains locaux et l'excision de la cicatrice avec résection de la tête du 4^e métatarsien. Mais, ensuite exagération de la, nervosité générale.

OBSERVATION XCVI

Cause. Blessure par une machine avec violente secousse du bras droit. Effroi.

Symptômes. Suite immédiate : outre de légères blessures externes et des sugillations, *paralysie et anesthésie du bras droit*. Troubles psychiques probablement congénitaux. Parésie flasque du bras droit. Troubles vasomoteurs. Dilatation de la pupille droite.

Marche. A l'hôpital, pas d'amélioration essentielle ; — on n'a reçu aucun renseignement ultérieur.

R. V., ouvrier, 34 ans. — Malgré l'anesthésie du bras, le patient y sentait de violentes douleurs qu'il chercha à calmer par de copieuses libations.

OBSERVATION XCVII

Cause. Fracture de la cuisse gauche à sa partie inférieure.

Symptômes. Troubles psychiques épileptiformes déjà constatés avant l'accident. Douleur, gonflement, faiblesse de la jambe gauche. Accès de perte de connaissance, ensuite angoisse, insomnies, crampes dans le bras gauche et aussi paresthésie de la moitié gauche du corps. *Hémiplégie gauche* épargnant le facial et l'hypoglosse, certainement d'ordre psychique. (Edème de la jambe gauche. Hypoesthésie de la moitié gauche du corps, avec participation des sens.

Marche. Amélioration. — N. B. pas de demande de dommages-intérêts.

E. B., 54 ans, relieur. Pas de tare héréditaire. Était sujet au vertige, il entraînait, dit-il, dans un état d'ivresse pathologique pendant laquelle il aurait pu commettre des crimes sans le savoir. Grande émotivité. Bonne santé jusqu'au jour de son accident. Après sa convalescence, crise violente avec strangulation. Malgré l'application d'un aimant, pas de transfert. Le traitement par un courant faradique a beaucoup de succès. Le massage est encore plus efficace. Le patient peut marcher, mais traîne encore la jambe gauche.

OBSERVATION XCVIII

Cause. Contusion de la hanche droite.

Symptômes. — Douleurs dans l'articulation et surtout dans son voisinage. Hyperesthésie de la peau environnante et des parties profondes. Emoussement de la sensibilité dans toute la jambe droite, jusque dans la région abdominale. Démarche des coxalgiques. Pupille droite plus dilatée que la gauche. Champ visuel de l'œil droit un peu rétréci. Légère atrophie de la jambe droite, avec diminution de l'excitabilité électrique.

Marche. Après sa sortie, nous n'avons eu aucun renseignement.

K. B., 53 ans, ouvrier. Ne connaît pas de maladies nerveuses dans sa famille. En avril 1887, huit caisses de fer blanc tombèrent sur lui, l'atteignant dans la région des lombes et de la hanche droite ; il resta alité 15 jours, puis

reprit son travail jusqu'en décembre, malgré de grandes souffrances. Les douleurs augmentèrent alors et sa jambe devint très faible. L'attouchement de la peau dans la région coxale est douloureux, mais les piqûres ne donnent lieu qu'à une douleur sourde. — Le traitement par le massage, l'électricité, les frictions, etc. restent sans résultat. L'essai de l'hypnose ne réussit pas.

OBSERVATION IC

Cause. Blessure dans une fabrique. Secousse violente dans le bras gauche.

Symptôme. Au commencement, douleurs, plus tard, *contracture surtout dans la main gauche* et les doigts. Cyanose de la peau, abaissement de la température, accroissement de la résistance électrique de la peau. Faiblesse du bras gauche, paralysie de la main et des doigts, anesthésie en forme de gant. Diminution de l'excitabilité électrique. Au microscope, altération des muscles. Pupille droite plus dilatée que la gauche. Mal de tête à gauche.

Marche. Jusqu'ici pas d'amélioration.

G. H. 32 ans, forgeron. — Son bras fut violemment secoué par le contre-coup d'un marteau: sensation d'absence du membre, qui resta depuis paralysé. Des enveloppements humides atténuèrent un peu cette paralysie, mais elle se rétablit de nouveau, et ne céda pas à un traitement de plusieurs semaines par le courant faradique. La main est en extension forcée sur l'avant-bras, les phalanges fortement fléchies dans leurs articulations métacarpo-phalangiennes, les dernières phalanges étendues. — Les muscles de l'avant-bras et de la main sont contracturés. — L'anesthésie se limite à la partie moyenne de l'avant-bras par une ligne circulaire (forme de moufle). — Le traitement électrique sous toutes ses formes, le massage restent sans résultat durable.

OBSERVATION C.

Cause. Grave blessure de la main droite, par suite de broiement entre deux meules de moulin.

Symptômes. Après la guérison de la blessure, qui exigea 7 mois, douleurs névralgiques généralisées et paresthésie dans la moitié droite du corps. Convulsions, aura partant de la cicatrice, perte de connaissance et immobilité de la pupille. La cicatrice est un point épileptogène. Après les *accès*, troubles de la parole, hémiparésie droite. Rétrécissement concentrique du champ visuel, prononcé et persistant surtout pour l'œil droit.

Marche. Amélioration par l'application d'une bande autour de l'extrémité inférieure du bras droit. Extirpation de la cicatrice. Puis développement d'une psychose, sa guérison et rémission de tous les accidents.

K. 44 ans, gérant dans un moulin. Issu d'une famille saine. N'a eu ni convulsions, ni syphilis. N'a pas reçu de coup à la tête. C'est un homme sobre, bien portant de corps et d'esprit. — 5 à 6 attaques par jour avec des intervalles de plusieurs semaines.

L'excision de la cicatrice fit cesser les attaques. Mais l'état mental empira: le malade avait des idées de folie, des hallucinations, qui disparurent au bout d'un mois et demi, — mais ont reparu après quelques mois.

CHAPITRE III.

ÉTIOLOGIE.

Suivant nombre d'auteurs, l'hérédité aurait ici la même prépondérance que dans le développement des autres maladies du système nerveux. Et dans les observations que nous avons résumées des thèses de Bataille, Berbez, etc... nous la trouvons souvent notée. — L'hérédité peut être similaire ou dissemblable. Elle est similaire quand les ascendants sont atteints de la même maladie qui frappe leurs enfants. Elle est dissemblable quand ces maladies diffèrent, et c'est alors l'hérédité névropathologique en général.

Il faut rechercher cette hérédité non seulement chez les parents des sujets, mais chez les grands parents, et au besoin chez les collatéraux où l'on pourra rencontrer des manifestations plus éclatantes de la névropathie. — On a dit aussi que l'hérédité maternelle était la plus néfaste.

Nous comprenons aisément que chez les individus ainsi prédisposés par une sorte de débilité diathésique du système nerveux, un choc venant à se produire rompra plus facilement l'équilibre normal, et chez eux la cause d'accidents graves pourra être minime.

Mais un tel état de prédisposition du système nerveux n'est pas la résultante des seules maladies nerveuses des ascendants ; on le retrouve encore chez des individus issus de souche arthritique ou tuberculeuse. Ces maladies générales ont un retentissement sur le système nerveux et concourent pour leur part à en créer la dégénérescence. — A ce propos de l'influence des diathèses, nous ne saurions cependant admettre complètement la théorie de J. Grasset qui, dans son article *hystérie* du dictionnaire de Dechambre, va jusqu'à dire que cette névrose n'est jamais que symptomatique d'une diathèse, et par exemple,

qu'une mère tuberculeuse donnera le jour à des enfants, dont l'un marquera sa tare par des tubercules pulmonaires comme l'autre par des accidents hystériques, sorte de forme névrosique du tubercule. Nous ne refusons pas aux diathèses un rôle de prédisposition active et puissante, mais nous ne croyons pas qu'il faille leur accorder un rôle de filiation pour les accidents qui nous occupent.

Lorsqu'il s'agit d'hérédité il ne faut pas songer non plus exclusivement à l'hérédité des ascendants; il y a aussi ce que l'on a appelé l'hérédité personnelle : tout individu hérite de lui-même. Et c'est ainsi que les maladies antérieures, maladies aiguës ou chroniques, les intoxications, soit alcoolique, soit saturnine, mercurielle, etc., soit syphilitique peuvent avoir préparé le terrain. — Notre observation XXIII concerne un individu déjà atteint antérieurement de saturnisme.

Nous avons de plus relevé que son père exerçait déjà la même profession de peintre et sans doute avait plus ou moins subi les atteintes du plomb. L'absorption du plomb peut provoquer des névrites périphériques qui, par le fait de lésions organiques constantes qu'elles déterminent, ne sont pas susceptibles d'une guérison aussi brusque que dans l'exemple que nous rapportons. A côté de ces lésions organiques, il faut donc placer des lésions d'ordre dynamique; — et ces lésions dans notre cas ont été la suite d'un traumatisme. Mais nous ne pouvons oublier que le trauma avait agi sur un système nerveux modifié par l'intoxication. On a cité, au reste, de semblables symptômes survenus sans traumatisme. — Nous rappellerons seulement que la tendance actuelle n'est plus de rapporter à ces diverses causes, maladies ou intoxications, tous les accidents nerveux qui peuvent paraître directement provoqués par elles, mais d'en attribuer une partie à une névrose dont ces maladies ou intoxications auraient été la cause révélatrice.

Cependant, il faut constater que dans d'autres cas, on n'a rien signalé de particulier dans les antécédents. Vingt-cinq des observations que nous avons rapportées indiquent nettement qu'il n'y avait pas d'hérédité pathologique. Dans l'observation de Big... que nous avons particulièrement étudié, nous n'avons trouvé qu'une impressionnabilité excessive originelle du sujet et une tendance, on pourrait dire familiale, à l'emportement, — mais pas de troubles nerveux proprement dits,

pas plus que d'arthritisme ou de tuberculose, — pas de syphilis, ni d'alcoolisme. — Dans 45 cas nous n'avons pas trouvé d'indication d'antécédents. Et ceci nous amène à conclure qu'il ne faut pas accorder une influence exclusive à l'hérédité, et que les accidents que nous étudions peuvent survenir chez des individus indemmes de toute tare héréditaire névropathique ou diathésique. En ces cas le traumatisme a dû agir alors avec une intensité plus grande et créer, par un trouble général profond, la névrose dont il s'agit.

Le plus grand nombre de nos observations (70) se rapportent à des hommes. C'est que ceux-ci par leurs occupations habituelles sont plus que les femmes (37 obs.) exposés aux traumatismes. — On avait cru trouver dans l'habitus extérieur du sujet une prédisposition. E..., dont nous avons donné l'observation, nous a paru, en effet, avoir quelques-uns des attributs du féminisme, barbe rare, aspect particulier; — mais, par contre, Big... nous a offert les signes d'une virilité normale. Et nous croyons que l'existence du féminisme a vraiment peu d'influence.

Au point de vue des professions ou de la position sociale, la plupart de nos observations ont trait à des ouvriers ou à des individus d'une classe peu élevée. Et nous n'avons pas vu, contrairement à l'opinion de Klein, dans sa thèse inaugurale, que le métier militaire soit une cause prédisposante, puisque nous n'avons trouvé qu'une observation empruntée à Duponchel. — Mais nous ne voulons pas nier l'influence d'une éducation plus molle ou d'une jeunesse trop absorbée par le souci des études.

Au point de vue de l'âge, nous avons relevé un certain nombre de cas chez les enfants; dans une de nos observations, que nous devons à l'obligeance de M. Bernheim, le sujet avait 9 ans; — dans les trois observations empruntées à Rougier, l'âge varie entre 10 et 14 ans. Mais la majeure partie de nos blessés étaient des adultes. Nous avons trouvé neuf cas de 50 à 62 ans; — mais pas au-delà.

Nous concluons donc que, sans offrir de particularité spéciale au point de vue de l'âge des malades, ces accidents paraissent être plutôt une maladie de l'âge adulte.

Dans les cas que nous rapportons, le titre de notre travail l'indique, il y a toujours un trauma. Ce trauma est grave ou léger. Nous avons déjà montré ci-dessus dans quels cas un

trauma léger pouvait suffire, et dans quels cas il avait fallu un trauma plus important.

Sur la nature du trauma lui-même, nous aurons peu de choses à dire. On en a noté de toutes sortes, et s'il restait encore un genre de traumatisme qui n'ait pas provoqué de telles conséquences nerveuses, nul doute que des observations ultérieures ne viennent le ranger à son tour dans la classe des agents provocateurs. Fatigues musculaires considérables, contusions, fractures, plaies, morsures, brûlures..., nous avons rapporté des exemples de chacun. — Dans sa thèse, Guinon rapporte un cas survenu à Nice, à la suite du dernier tremblement de terre. On en a noté aussi chez des personnes atteintes par la foudre.

Dans le trauma, nous avons à considérer deux choses : l'effroi ou choc nerveux dont il s'accompagne souvent, et nous allons dans le chapitre suivant appeler l'attention sur ce facteur ; — puis le choc ou ébranlement physique qui atteint plus ou moins gravement les tissus. Nous avons déjà fait remarquer qu'il y avait souvent un rapport direct entre le lieu d'application du trauma ou la douleur provoquée, et les phénomènes consécutifs.

CHAPITRE IV

DE LA NATURE DE CES ACCIDENTS.

« La théorie moderne se sépare de l'ancienne, d'abord et surtout, parce qu'il n'est plus question d'un ébranlement ou d'une maladie de la moëlle épinière, mais que l'on considère comme siège unique et principal de la maladie, le cerveau, le centre psychique, quelle que soit, du reste, la partie du corps atteinte par le trauma. En outre, on ne cherche plus le substratum de la maladie dans des altérations anatomo-pathologiques apparentes, mais dans des troubles fonctionnels. Cette vue trouve déjà une sérieuse confirmation dans ce fait sur lequel Page appelle l'attention : — que l'on a rarement l'occasion de faire des autopsies de tels cas, autopsies auxquelles on pourrait s'attendre cependant, s'il y avait dans les organes centraux nerveux et leurs enveloppes, comme base de ces accidents, des processus d'inflammation et de dégénérescence.

« Pour le développement de la maladie, il ne faut accorder au trauma physique qu'une part d'influence. Le rôle principal est joué par l'état mental, à savoir : l'effroi et l'ébranlement moral. La blessure crée sans doute des suites directes, mais qui n'auraient en général aucune importance essentielle, si le moral pathologiquement altéré dans sa réaction anormale sur les douleurs corporelles, ne créait une maladie durable.

« L'effet direct de la blessure est variable. On peut rencontrer des lésions externes d'un caractère grave ou bénin, épanchement de sang dans les tissus sous-cutanés, dans les fractures osseuses, dans les contusions articulaires, etc. — Il est encore certain que, dans les ébranlements généraux du corps, surtout à la suite des accidents de chemin de fer, il peut se produire un tiraillement des muscles et des appareils ligamenteux. Ainsi, on a rapporté les douleurs dorsales, qui apparaissent

spontanément et d'une façon régulière chez ces malades, au tiraillement et à l'élongation des articulations, ligaments et muscles vertébraux, résultats de l'ébranlement violent du corps ; — et l'on a même pensé à la possibilité d'un tiraillement des racines rachidiennes nerveuses par une brusque et forte courbure de la colonne vertébrale. Toutes ces conséquences directes du trauma ont une grande portée à cause des douleurs qu'elles occasionnent.

« Nous avons désigné, comme cause la plus effective, l'ébranlement moral. L'excitation effrayante qui accompagne l'accident est la plupart du temps si significative qu'elle constitue une altération psychique durable. Cette altération peut aussitôt trouver son expression dans des paralysies d'ordre psychique, — ou bien les douleurs persistantes et les sensations anormales fournissent au moral atteint, en quelque sorte l'aliment dont il produit des idées pathologiques, qui peu à peu deviennent pour lui une façon d'être caractéristique et durable. Et l'idée de la paralysie engendre la paralysie, mais une paralysie qui porte le cachet de son origine *idéale*. La genèse des paralysies par voie de représentation était déjà connue des anciens auteurs, mais c'est le mérite de Charcot (1) d'avoir développé à fond cette doctrine et de lui avoir donné des bases expérimentales. Il a montré que l'on peut chez les hystériques et les hystéro-épileptiques, pendant l'hypnose provoquer par voie de suggestion, des paralysies et des troubles de la sensibilité qui, sous le rapport symptomatologique sont identiques à ceux qui se développent à la suite de blessures et d'accidents. De là il déduit que ces paralysies sont d'origine psychique, en partant de la supposition que l'effroi, le choc psychique, produit une façon d'état hypnotique, dans lequel s'engendre la paralysie par voie d'auto-suggestion.

« C'est aussi un facteur important que le choc local ou périphérique. Par suite de l'ébranlement produit sur une partie périphérique du corps (sur un membre), l'effet du choc peut se

(1) Qu'on nous permette de rappeler ici que c'est à *Braid*, de Manchester (1841), que l'on doit les premières expériences scientifiques sur les phénomènes provoqués par la suggestion hypnotique.

Et pour compléter ce passage, nous renverrons à ce que nous écrivions en tête de nos remarques sur les paralysies (p. 35) lorsque nous indiquions que notre maître, M. le professeur Bernheim, a établi (1883) que l'on peut à l'état de veille chez certains sujets hypnotisables provoquer ces troubles du mouvement ou des divers sens dont il s'agit ici.

manifester dans ce membre par une paralysie motrice et sensitive immédiate, comme nous l'avons observé chez un malade dont le bras avait été saisi par un arbre de couche en rotation, et fortement secoué. On pourrait s'imaginer que dans ce cas il s'est produit dans l'appareil nerveux périphérique un trouble (Umlagerung) moléculaire direct, qui fait opposition à la transmission des impulsions motrices et des impressions sensibles. Mais il est plus probable que cet ébranlement périphérique se propage en même temps sur les centres nerveux correspondants et les paralyse. L'essence de cette paralysie consiste, selon toute apparence, dans la perte des images de la mémoire et des représentations du mouvement. La paralysie motrice et sensible occasionnée par ce que nous appelons le choc local est en général d'une nature passagère. Mais, — comme le dit Charcot, — chez les sujets moralement atteints par le choc psychique, cette paralysie se change, par auto-suggestion, en paralysie persistante. C'est ainsi qu'on explique que la moitié du corps ou le membre qui ont souffert d'une blessure, deviennent aussi le siège de la paralysie et de l'anesthésie,

« Pour les esprits hypochondriaques et mélancoliques, il y a grand danger dans la persistance des douleurs, car en concentrant l'attention du malade, elles s'amplifient et forment le germe d'idées malades.

« Par l'appréciation de ces facteurs, on acquiert aussi l'explication du fait que, dans un cas, les paralysies et les troubles de la sensibilité apparaissent aussitôt, et que, dans un autre cas, l'altération mentale et les effets locaux de la blessure existent seuls au début, tandis que les phénomènes de paralysie ne se montrent qu'après un certain temps. Dans les blessures de tête, s'il s'agissait d'un ébranlement mécanique direct du cerveau, on verrait les troubles consécutifs se développer dans la moitié du corps opposée à l'hémisphère atteint ; or, ces troubles correspondent au côté de la blessure, ce qui indique bien qu'il s'agit d'un choc psychique. Nous ne nions pas cependant que, dans certains cas, un trauma ne puisse produire une véritable commotion cérébrale au vieux sens du mot.

« Nous devons encore appeler l'attention sur ce fait que la cicatrice résultant de la blessure d'un membre peut devenir une zone épileptogène. Un certain état d'excitation partant de la cicatrice se propage aux centres moteurs correspondants, et l'addition de ces excitations peut amener des convulsions qui

apparaissent sous forme d'aura partant de la cicatrice, commencent dans les membres atteints, s'étendent à toute la moitié du corps correspondante et peuvent y déterminer des paralysies.

« Ainsi nous reconnaissons que les accidents de la névrose traumatique n'ont pas pour base des changements anatomiques macroscopiquement ou microscopiquement appréciables, mais des troubles fonctionnels cérébraux qui, selon toute probabilité, ont leur siège dans les circonvolutions cérébrales et atteignent le moral ainsi que les centres de la motilité, de la sensibilité et des fonctions des sens.

« Mais cela n'autorise pas à ramener tous ces symptômes et ces formes symptomatiques à l'idée d'hystérie, et à ne parler comme le font les auteurs français que d'une névrose hystéro-traumatique. Nous connaissons un grand nombre de maladies qui, d'après l'opinion aujourd'hui dominante, sont de nature fonctionnelle, et on ne pourrait appliquer à toutes les formes symptomatiques dont nous nous occupons, la dénomination d'hystérie, que si l'on était autorisé à faire rentrer ces maladies dans le cadre de l'hystérie.

« L'auteur allemand rappelle ensuite que dans certains cas isolés, dont autrefois il a lui-même exagéré le nombre, on a trouvé des symptômes indiquant des lésions anatomiques, par exemple, l'atrophie du nerf optique, l'immobilité pupillaire réflexe durable. Et il ajoute qu'il ne faut pas perdre de vue la possibilité, dans les cas ordinaires, ou lorsque la blessure présente une gravité exceptionnelle, d'altérations anatomo-pathologiques se développant dans les appareils nerveux et se combinant avec des troubles fonctionnels. — Bernhardt aussi a confirmé cette manière de voir. »

Nous avons emprunté cette longue citation à un auteur étranger (1), mais il serait injuste de ne pas rappeler que cet auteur n'a fait qu'adopter ici une théorie toute française, émise, développée et soutenue par M. le professeur Charcot.

Ceci dit, le débat reste donc circonscrit entre deux opinions : — Ces accidents sont-ils de l'hystérie ? — ou bien convient-il d'admettre une névrose spéciale que les névrologues allemands ont déjà appelée la névrose traumatique ?

(1) *Oppenheim* : Die traumatischen Neurosen, — p. 123-128.

Une définition ferme de l'hystérie pourrait seule trancher la question? Nous avons cherché en vain cette définition, — et nous pourrions encore répéter les paroles de Lasèque: « La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée, elle ne le sera jamais ». Souscrivons-nous cependant à cette dernière affirmation, et faut-il désespérer de pouvoir conclure sur la question qui nous occupe?

On sait combien le mot *hystérie* a été détourné de son sens étymologique et ancien, — depuis surtout que l'on a écrit de nombreuses études sur l'hystérie mâle. Si l'on ne refuse pas que dans certains cas cette névrose puisse être provoquée par des maladies de l'utérus ou des troubles de cet organe, on ne fait plus aucune difficulté d'admettre qu'elle peut se produire en dehors de toute action utérine. On ne croit même plus qu'il soit indispensable de trouver au début de l'affection une altération quelconque, fonctionnelle ou anatomique, des organes sexuels. — Et alors quel sens a-t-on donné à l'hystérie?

J. Grasset, dans son article du dictionnaire de Dechambre, la définit: une névrose tenace dans son fond, mais mobile et en général peu profonde dans sa forme, qui peut se localiser sur toutes les parties du système nerveux, dont les symptômes peuvent appartenir par suite à toutes les fonctions de ce grand appareil, et qui enfin au point de vue nosologique et étiologique, est le plus souvent symptomatique d'un état général diathésique.

Pour notre part, nous trouvons cette définition peu explicite. Nous demanderions une délimitation plus nette de cette névrose. N'est-ce pas le cas de dire que l'idée d'hystérie ainsi comprise est trop compréhensive?

Strümpell, dans une brochure dont nous avons déjà parlé, dit, qu'il faut désigner comme hystérique (le mot est peu passable, mais pourtant usité) toute maladie nerveuse qui repose sur un trouble des rapports normaux entre les processus corporels, dans le sens le plus étroit du mot, et les processus psychiques.

Si nous avons bien compris la théorie de l'auteur allemand, il admet deux domaines: — l'un de la conscience et de la volonté, dont les faits ou actes sont des processus psychiques, des idées ou des volitions, — un autre matériel, dont les faits ou actes sont des processus corporels, des sensations ou des mouvements. A l'état normal ces deux domaines sont en rapport

direct l'un avec l'autre ; ils sont reliés entre eux ; toute volition issue du premier domaine va actionner directement le centre somatique des mouvements (centres moteurs corticaux) et le mouvement s'effectue, — de même que toute sensation périphérique arrive aux zones cérébrales sensibles et de là atteint la conscience.

En cas de trouble hystérique, les excitations volontaires ne prennent plus le chemin direct vers les centres moteurs, et ceux-ci n'étant plus actionnés, il en résulte une paralysie. — Les sensations ne gagnent plus la conscience, — il y a anesthésie. — Les contractures et les convulsions hystériques résulteraient d'excitations anormales, pathologiques, de la volonté influant sur les centres moteurs. — L'hyperesthésie serait le fait de sensations anormalement fortes.

Strümpell ajoute : Nous ne savons pas en quoi consiste précisément ce relâchement entre le domaine psychique et le domaine corporel, qui est à la base des symptômes hystériques, vu que pour nous la nature de cette liaison est encore énigmatique. En tout cas ce trouble n'est pas la plupart du temps une pleine séparation, mais un simple déplacement de la connexion, si je puis parler au figuré, une espèce de luxation. De là, tout trouble psychique peut, on l'a reconnu, disparaître soudain et faire place aux rapports normaux. — Ce trouble peut avoir sa cause dans l'un ou l'autre domaine ; fréquemment celle-ci vient du domaine psychique.

S'il faut ainsi comprendre l'hystérie, nous ne refuserons pas d'appeler hystéro-traumatiques, les paralysies, contractures ou affections douloureuses dont nous avons parlé. Et nous donnerons au terme *hystérie* la signification de trouble cérébral psychique plaçant l'individu qui en est atteint dans un état tel que des excitations périphériques ou centrales déterminent des réactions fonctionnelles dont le caractère est d'être en général hors de proportion avec leur cause provocatrice.

Nous garderons donc ce mot *hystéro-traumatisme*, qui nous paraît déjà avoir une grande vogue. Mais nous lui eussions préféré le terme plus général d'accidents psychiques ou dynamiques, qui ne préjuge rien et indique tout aussi bien le caractère de névrose pure.

Nous nous souvenons au reste des paroles de Trousseau (1) :

(1) Trousseau. Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu. T. I, introd., p. 22.

« Les faiseurs de nomenclatures devraient bien regarder autour d'eux et voir quelles sont les dénominations qui ont survécu et qui traverseront bien des siècles encore, toujours jeunes, toujours intelligibles, et toujours triomphantes, malgré les attaques dont elles sont l'objet. Je ne veux pas justifier les mots de danse de Saint-Guy, épilepsie, *hystérie*..., — on parle en général pour être compris et les mots qui s'appliquent nettement et exclusivement à la chose que l'on veut désigner sont nécessairement les meilleurs. »

Rappellerons-nous que le Dr Lanoaille de Lachèze avait, en 1884 et 1885, proposé un mot nouveau pour l'hystérie. Nous ne sachions pas que le terme de *tarassis*, choisi par lui, ait fait fortune et, hormis les articles de cet auteur dans la *Gazette des Hôpitaux*, nous ne l'avons retrouvé nulle part dans les recherches que nous faisons pour la préparation de notre thèse.

Ceci admis, cette hystérie est-elle la névrose ordinaire de ce nom, comme le veut l'École de la Salpêtrière? — ou bien est-elle une espèce particulière de la famille des hystéries, comme le veut M. le professeur Grasset (de Montpellier)?

Les belles études de M. Charcot ont servi à bien préciser les symptômes des accidents que nous étudions, non seulement les symptômes propres à ces accidents, mais encore les symptômes concomitants dont nous avons parlé dans notre chapitre de symptomatologie, sous le titre de considérations générales. Sans doute, on ne rencontrera pas réunis dans tous les cas, tous ces symptômes concomitants; il peut même arriver qu'on n'en rencontre aucun. Mais cela n'infirme pas la théorie; à côté des cas classiques, il y a les cas plus ou moins frustes. — Dans nos observations nous n'avons rien trouvé qui dût nous faire admettre une hystérie spéciale.

Au lieu d'être plus ou moins des conséquences d'une hérédité fâcheuse, comme l'hystérie simple, les troubles présents sont nés à l'occasion d'un traumatisme. Mais le trouble cérébral est le même. Et si l'on voulait pour ce motif créer une espèce particulière, il faudrait encore créer une hystérie émotive, pour les cas qui n'ont, à leur origine, qu'une frayeur vive, ainsi que notre maître, M. le prof. Bernheim, nous en citait plusieurs exemples.

On a argué que ces accidents hystéro-traumatiques présentaient souvent une ténacité extrême, bien différente de la mobi-

lité des accidents chez les hystériques vulgaires. M. Charcot a démontré que chez ces derniers on pouvait aussi voir s'éterniser ce qu'il a appelé les stigmates de l'hystérie.

Faut-il s'attacher davantage à l'humeur mélancolique si distincte de la vivacité et de la gaité habituelles des hystériques? Mais cette modification de l'humeur peut tenir au sexe; — l'homme ne réagissant pas comme la femme et se laissant sans doute déprimer par des accidents qui laisseront celle-ci presque indifférente. Cependant cette réponse ne nous paraît pas la meilleure, et nous serions plutôt tenté de porter cette mélancolie au compte de la neurasthénie qui à la suite du traumatisme, nous allons le faire remarquer, se développe souvent concurremment avec les phénomènes hystériques.

C'est encore dans la coexistence de cette autre névrose que nous trouverons une explication, dans bien des cas, de la ténacité des accidents. On sait que la neurasthénie peut s'améliorer, mais ne se guérit pas. Et il nous semble légitime d'admettre qu'elle peut donner ce caractère d'incurabilité aux accidents dynamiques dont elle peut avoir accompagné le développement.

Reste la différence de traitement. — Eh bien, nous croyons que sur ce point, dans l'un comme dans l'autre cas, tout peut réussir et tout peut échouer. — Mais d'autre part, nous reconnaissons que tous ces accidents peuvent être, les uns et les autres, justiciables de la suggestion. Celle-ci guérit les paralysies et les douleurs variées comme elle guérit les crises convulsives franchement hystériques.

De la complexité de certains cas, dans lesquels on pourra reconnaître un mélange à parts plus ou moins égales ou différentes de la neurasthénie et de l'hystérie (tels sont la plupart de ceux dont nous avons donné le résumé, en les empruntant à Oppenheim), nous ne concluons pas non plus à la nécessité d'établir une névrose spéciale, la névrose traumatique. Il suffit d'admettre la possibilité de coexistence de l'hystérie et de la neurasthénie.

Dans la citation que nous avons faite d'Oppenheim, cet auteur ajoutait que de tels accidents peuvent se rencontrer dans d'autres maladies de nature fonctionnelle et comme on ne peut faire rentrer ces maladies dans le cadre de l'hystérie; il se refuse à admettre le terme d'hystéro-traumatisme. Nous croyons cependant qu'avec l'acception que nous accordons au terme

hystérie, en le dégageant des sens anciens dont, nous l'avouons, on n'arrive que difficilement à détourner l'esprit, en spécifiant bien qu'il n'implique pas nécessairement des crises convulsives, ni des troubles sensoriels ou sensitifs particuliers, nous croyons que l'on peut donner le nom d'hystériques à de tels accidents.

Pour pousser jusqu'au bout cette démonstration, il faudrait apporter des exemples démontrant que les individus hystéro-traumatisés ont légué à leur descendance la névrose hystérique, dans la proportion où l'hystérie se transmet. Mais nous n'avons pu en trouver de ce genre, parce que ce côté de la question n'a pas encore été envisagé.

Nous avons indiqué la concomitance de ces accidents et de la neurasthénie. Il ne nous répugne pas d'admettre qu'on puisse les rencontrer avec d'autres névroses, telle que l'épilepsie par exemple.

Pour nous résumer, nous pensons que les accidents hystéro-traumatiques sont d'ordre psychique, et qu'ils ont été provoqués par une suggestion traumatique, que celle-ci soit concomitante du trauma et ait eu sa réalisation immédiate, ou que cette réalisation ne se soit effectuée que plus tard ; par le souvenir du trauma, le souvenir de l'effroi ou du danger couru, ou par la douleur ou les troubles habituellement consécuteurs au trauma. Ces accidents sont le signe d'un trouble psychique, dont la guérison ne sera obtenue que par des agents qui influenceront sur le moral du patient. Ces agents peuvent être la parole de l'hypnotiseur, à condition que l'esprit du malade en fasse lui-même un agent de guérison ; ils peuvent être telles ou telles excitations physiques, médicamenteuses ou mécaniques, dont le malade tirera encore l'idée de sa guérison.

Nous n'affirmerons pas cependant que la suggestion agisse toujours seule dans la réalisation des accidents consécutifs.

Nous croyons qu'il y a lieu de diviser en 2 groupes les cas de troubles moteurs ou sensitifs que nous rapportons. Dans un premier groupe, nous classerions ceux où la lésion fonctionnelle répond, comme localisation, au trauma qui l'a provoquée ; — dans un second groupe, ceux où cette lésion est sans rapport avec le lieu d'application du trauma périphérique.

Dans le premier groupe, il s'agit de suggestion traumatique.

Dans le second, nous pensons que le trauma n'a été que la cause occasionnelle de l'éveil de la diathèse hystérique. Et cette

névrose mise, pour ainsi dire, en action, se révèle par des phénomènes qui déconcertent toute tentative d'explication.

Ce seront des crises, des douleurs variées, des paralysies dont on ne pourra retrouver une cause occasionnelle explicative. Notre maître, M. le prof. Bernheim, nous citait l'exemple d'une femme atteinte de phlegmon de la face, avec céphalalgie intense. Pendant sa convalescence, cette malade veut se mettre à coudre et elle s'aperçoit alors que son bras gauche est paralysé. Ici, évidemment, à moins d'entrer dans des hypothèses sans fondement, on ne peut admettre qu'il s'agisse de suggestion et nous croyons qu'il ne faut voir là qu'une manifestation encore incompréhensible de la névrose hystérique.

Dans ce second groupe d'accidents doivent aussi se ranger ce que l'on a nommé les stigmates de l'hystérie : l'hémianesthésie, les troubles sensoriels, — et encore les cas où une hémiplégie succède à une monoplégie du 1^{er} groupe. Cette adjonction d'une monoplégie nouvelle ne se fait que par un processus cérébral inconnu, mais que nous ne pouvons légitimement rapporter à la suggestion. — Nous en dirons autant des crises, que ces crises soient spontanées ou qu'elles soient produites par l'attouchement de zones spasmogènes.

Mais, dans l'un comme dans l'autre groupe, nous pensons qu'il s'agit toujours de la névrose hystérie, en donnant à ce mot le sens que nous avons indiqué : de trouble entre le domaine de la conscience et de la volonté, et le domaine des actes physiologiques corporels. — Ce trouble peut n'être pas total, n'atteindre qu'une fonction, ou même dans cette fonction une partie seule. Dans des cas plus complexes il s'étend au delà, et nous n'en pouvons donner de raison suffisante.

OBSERVATION CI

Contracture douloureuse du bras, à la suite d'une fluxion buccale. — Guérison par suggestion.

Julie G... (1), âgée de 16 ans, a toujours été un peu souffreteuse depuis son enfance, au dire de sa mère. Celle-ci ainsi qu'une autre sœur sont névropathes, sans être hystériques. — La malade a eu à l'âge de 2 ans une scarlatine suivie d'otite suppurée, les oreilles couleraient encore par moments, et

(1) Obs. inéd. de M. le prof. Bernheim.

l'ouïe serait parfois dure. — A l'âge de 8 ans, elle eut une fièvre typhoïde, pour laquelle elle serait restée malade pendant 5 mois. Depuis, elle aurait une céphalalgie persistante ; l'humeur assez sombre, l'appétit un peu capricieux, en général bon. Assez intelligente, laborieuse, d'un caractère doux, elle est impressionnable et peureuse ; elle dort bien en général la nuit. — Elle est bien constituée, lymphatique ; — elle n'est pas anémique.

Le 3 janvier 1889, elle eut un gonflement de la bouche qui parut être un abcès et finit par guérir sans s'ouvrir, laissant une dépression cicatricielle linéaire visible derrière l'angle de la mâchoire droite, mesurant 3 centimètres de longueur. Le gonflement a duré 5 ou 6 semaines, — ou du moins la malade serait restée alitée 5 ou 6 semaines avec des douleurs atroces, malgré le traitement : cataplasmes en permanence, sulfate de quinine, antipyrine, etc... Sa mère dut la veiller pendant 12 nuits consécutives, tant la malade gémissait.

Enfin, vers la fin de février, elle put reprendre son travail de couturière ; elle travailla pendant 13 jours, se plaignant toujours de douleurs dans la tête et à la face, au siège de l'abcès.

Le 20 mars pendant qu'elle cousait, elle ressentit des douleurs dans la main droite ; c'étaient des fourmillements, souvent avec élancements douloureux dans le membre. Au bout de 8 jours la malade ne pouvait plus fermer la main ; — presque en même temps le bras se contractura et elle ne pouvait plus plier le coude ; la douleur était vive dans tout le membre. Cette douleur et cette contracture persistèrent jusqu'à ce que la malade me fut amenée à la consultation par le docteur X... On appliqua 8 vésicatoires ; on électrisa pendant 4 mois, tous les 2 jours, le membre contracturé et douloureux ; — on fit prendre des bains de Barèges, 2 par semaines ; on administra le fer, le bromure, le quinquina, sans résultat. En août, à la suite de l'électrisation, on arrivait à faire fléchir et étendre la main ; mais spontanément la malade ne pouvait le faire.

Le mal de tête disparut presque aussitôt que la contracture des membres se produisit, et ne revint plus. Dans les deux derniers mois, les douleurs augmentèrent d'intensité et s'accompagnèrent d'insomnie.

Le Dr X... pensant à une névrite montra la malade à mon collègue M. Gross, qui diagnostiqua une névrose et me l'adressa.

Je constatai une contracture douloureuse dans tout le membre en extension, la flexion spontanée des articulations était impossible ; on arrivait lentement à fermer la main, mais elle se rouvrait spontanément, comme un ressort. L'élévation du bras déterminait des douleurs intenses.

Je constatai qu'il ne s'agissait pas d'une névrite, la douleur n'étant pas particulièrement localisée sur les nerfs du plexus brachial. Je pus même presser vivement ces nerfs en affirmant, au préalable, à la malade que la région que je touchais n'était pas douloureuse. Je pus d'autre part, en touchant le pectoral ou les muscles de la nuque, localiser la douleur à volonté, par affirmation. Je touchais tel point arbitraire, en dehors de la sphère du plexus brachial ou cervical et faisais pousser des cris à la malade en disant : « Voici le nerf douloureux ». Si je pressais au contraire les nerfs brachiaux et disais : « Ici, il n'y a pas de douleur », la malade ne réagissait pas.

Je vis la malade le 11 novembre ; je l'hypnotisai facilement ; elle arriva en sommeil profond, bien que se souvenant de tout au réveil. Je lui suggérai la disparition de la contracture et des douleurs ; je lui fis pendant l'hypnose

ouvrir et fermer la main ; je lui fis élever le bras presque verticalement, en neutralisant, par suggestion vigoureuse, la raideur que la malade tendait à opposer aux mouvements passifs provoqués ou actifs suggérés. Réveillée au bout de 10 minutes environ, elle put d'abord sur mon injonction ouvrir et fermer la main, et lever le bras sans manifester de douleur. Mais bientôt, après peu de minutes, son auto-suggestion reprenant le dessus, elle raidit son membre, reconstitua la douleur et trouva que c'était toujours la même chose.

Elle revint le lendemain, obligée pour ainsi dire par le docteur X..., car la malade ne voulait pas revenir, disant que je n'avais pu rien faire, que j'avais dit qu'elle n'avait plus mal et que cependant elle avait toujours mal. Je l'hypnotisai une seconde fois ; et cette fois le sommeil fut plus profond, la malade n'avait au réveil qu'un souvenir incomplet de ce qui s'était passé. Je neutralisai de nouveau la raideur et la douleur par suggestion. L'effet fut plus persistant au réveil et la malade eut quelque confiance. Elle avait bien dormi la nuit. Cependant la raideur ne disparut pas complètement ; la malade pouvait et put encore le lendemain spontanément fléchir et étendre ses doigts, fléchir et étendre lentement le coude.

Le surlendemain, 3^e séance. Je conduisis cette fois-ci la malade dans les salles de l'hôpital et la fis assister à l'hypnotisation de plusieurs autres personnes, je lui montrai en particulier une femme qui avait aussi une paralysie douloureuse d'un bras, guérie par suggestion. — Quand son esprit fut bien impressionné par ce qu'elle avait vu, je l'hypnotisai et pour cette fois elle tomba en sommeil profond avec amnésie complète au réveil. La résolution fut complète : il n'y eut plus de tendance au retour de la contracture : la malade hésitant encore à fléchir et étendre le poignet et faisant tous les mouvements de la main avec les doigts, je lui affirmai à l'état de veille qu'elle pouvait remuer le poignet comme avant : ce qu'elle fit en effet sans difficulté. Le lendemain elle revint, radieuse, montrer que la guérison était totale et s'était maintenue. Il ne restait plus qu'un certain degré d'atrophie musculaire consécutive à l'inertie prolongée.

La guérison ne s'est pas démentie.

Voilà donc une contracture douloureuse d'un membre datant de plus de 8 mois, ayant résisté à toutes les médications, guérie en trois jours par simple suggestion. Déjà l'intensité insolite de la douleur accompagnant une fluxion buccale, la durée de cette douleur pendant cinq ou six semaines, l'insomnie complète indiquaient un état névropathique, greffé sur une affection légère. L'action de coudre appela la diathèse nerveuse éclosa par l'affection faciale, sur le bras droit sous forme de contracture douloureuse.

Nous avons laissé à peu près de côté la question de savoir si des lésions matérielles n'étaient pas à la base de tels désordres. C'était l'opinion ancienne. Dans notre chapitre *historique*, nous avons cité les noms de ses principaux partisans. Aujourd'hui, nous l'avons dit, l'accord est presque général pour reconnaître le caractère purement psychique de ces troubles. Sans doute les démonstrations anatomiques de cette assertion manquent encore d'une façon presque absolue. Mais nous répé-

terons avec Oppenheim que cela même est une preuve de la non existence de lésions matérielles grossières. — Au reste nous avons cité les biopsies faites dans les cas d'arthralgies, et noté leur résultat négatif. Négative aussi la nécropsie rapportée dans notre observation XC (d'Oppenheim).

Mais nous croyons qu'une démonstration de la nature dynamique de ces accidents, non moins incontestable, se trouve dans les cas de guérison brusque et souvent complète et durable que l'on a relatés en grand nombre. Certes, aucune lésion organique, traitée si habilement qu'on le suppose, ne peut donner lieu à de tels changements à vue, qui souvent ont fait croire au prodige et crier au miracle.

Et aussi, le mode de traitement par la suggestion, dont nous rapportons des succès bien vérifiés, n'est-il pas une preuve inattaquable de cette nature psychique des accidents ? Ici rien n'est matériel, — car on ne donnera pas d'influence curative à la résonnance de quelques paroles, — rien ne peut agir sur une lésion corporelle, c'est un simple commandement, rien de plus.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Nous serons bref sur ce chapitre. Ça et là, nous avons indiqué déjà, dans l'énumération des symptômes, bien des caractères qui aideront à établir le diagnostic.

Dans bien des cas, ce diagnostic est difficile, sinon impossible au début. Les douleurs seront naturellement rapportées à l'accident. Les contractures peuvent être des contractures réflexes symptomatiques des désordres matériels causés par la blessure. Et tout le monde sait qu'un choc d'une certaine intensité est souvent suivi d'un degré plus ou moins accentué de parésie et d'insensibilité pour les parties atteintes.

Ce n'est que par la persistance de ces accidents et leur marche que l'on pourra ensuite bien apprécier leur nature. Nous ajoutons même que le mode de guérison vient aussi parfois imposer un diagnostic que l'on ne soupçonnait pas.

Sans doute, dans le début brusque d'une paralysie, lorsque surtout l'accident n'a pas été accompagné de perte de connaissance, dans la recherche minutieuse des antécédents du malade, dans la connaissance détaillée des circonstances qui ont environné le trauma, dans l'intensité des douleurs, après l'examen sous le chloroforme, on pourra recueillir des indices précieux pour l'établissement d'un diagnostic, — mais rarement on arrivera à une certitude.

Les stigmates hystériques donneront de fortes présomptions en faveur de l'idée d'accidents hystéro-traumatiques, — mais il ne faut pas oublier que le fait d'être atteint d'hystérie n'est pas une garantie contre les lésions matérielles de tous genres. Et telle ou telle maladie, à base organique, peut survenir chez un hystérique à la suite d'un trauma.

Dans certains cas favorables, la forme des accidents révélera cependant leur nature. Rappelons-nous les paralysies segmentaires, les paralysies en gigot.

Quelle est la marche de ces accidents ?

D'une manière générale elle est chronique. Après un début brusque ou lent, ces accidents persistent avec peu de changements jusqu'au jour où une cause futile ou une violente émotion peut y mettre fin tout d'un coup. Dans certains cas cependant l'amélioration a été graduelle ; ce n'est que peu à peu, par l'exercice régulier et des efforts répétés, que la paralysie ou la contracture ont pris fin.

Si graves que ces accidents paraissent au premier abord, si tenaces qu'ils aient pu se montrer, il faut toujours avoir présente à l'esprit leur curabilité possible. Et ainsi le pronostic ne sera jamais désespéré. Nous dirions que ce sont plutôt des infirmités que des maladies.

Cependant n'oublions pas de signaler qu'on les a vus persister pendant des années. Ils n'affecteront guère l'état général, du moins d'une façon directe ; mais dans certains cas ils peuvent occasionner à leur suite de véritables lésions matérielles. Ici, c'est de l'amyotrophie qui survivra à la disparition de la paralysie, et sera plus ou moins justiciable d'un traitement par l'électricité, le massage et les divers agents employés ordinairement contre ce trouble de nutrition.

Là, à la suite de contractures d'une longue durée, et peut-être en raison du terrain arthritique, on verra se développer des rétractions des tendons ou des membranes fibreuses entourant les articulations ; et la contracture ayant cédé, ces rétractions réclament l'intervention chirurgicale.

Dans le cas de M... Joséphine (obs. CII), notre maître, M. le professeur Bernheim, a émis l'opinion qu'une lésion matérielle se serait développée consécutivement à une lésion primitivement psychique. C'est aussi actuellement l'avis de M. le professeur agrégé P. Parisot, chargé du service hospitalier de St.-Julien. Mais on nous permettra de n'insister pas davantage sur un cas à l'occasion duquel nous ne saurions apporter de preuve anatomique.

Il n'est pas très rare d'observer des récives. C'était le cas pour le jeune homme de notre observation XLVII. Car nous considérons la paralysie de la main, survenue dans sa jeunesse, ayant duré un mois, comme un accident de même nature que l'arthralgie dont il souffrit plus tard.

En regard de ce pronostic, en somme favorable, nous ne disons pas bénin, qui pour nous résulte des observations fran-

çaises que nous avons lues, et des appréciations des auteurs anglais et américains qui ont aussi publié nombre de guérisons. Nous devons placer l'opinion d'Oppenheim et des névrologues allemands.

Ce serait peut-être le lieu de revenir sur la distinction imaginée par Strümpell de deux classes de névroses traumatiques. L'une, névrose traumatique générale, avec troubles psychiques prononcées, dans laquelle (1), malgré la cessation des causes externes, l'humeur reste triste, la force et l'espoir absents, les sensations anormales continuent, de même les troubles sensoriels et moteurs. L'expérience nous apprend presque toujours que ces cas sont incurables. Malgré des soins corporels suffisants, malgré un traitement continu par l'électricité et l'hydrothérapie, comme d'autres observateurs, l'auteur n'a vu lui-même, dans ces cas graves, que rarement des améliorations sensibles et jamais de réelles guérisons. Même dans certains cas, les symptômes initiaux, surtout les signes de faiblesse d'esprit, augmentent décidément avec le cours des années, et le traitement psychique reste inefficace.

« L'autre (2), névrose traumatique locale, dont le pronostic se décide plus favorablement que celui de la précédente. Cependant, il y a ici de grandes différences notamment sous le rapport de la durée de la maladie. Ce qui donne le meilleur pronostic, d'après mon expérience, ce sont les contractures locales des jambes, et les troubles de la démarche qu'elles occasionnent, surtout chez les enfants. Aussitôt qu'on éloigne les enfants d'un entourage qui ne leur convient pas, aussitôt qu'on réussit par des exercices de volonté méthodiques à montrer à la volonté peu à peu de nouveau le chemin droit des voies motrices, ces troubles disparaissent alors souvent en très peu de temps. Toutes les autres manipulations médicales (électricité, massage, hydrothérapie, etc...) ne doivent être considérées ici que comme des agents psychiques de secours, quoique souvent très efficaces. Dans d'autres cas les névroses traumatiques locales se montrent aussi très opiniâtres, en sorte qu'elles peuvent durer des mois et même plus longtemps. Malgré cela, cependant, il ne faut pas renoncer à l'espoir d'une guérison finale. »

(1) *Strümpell* : Ueber die traumatischen Neurosen, — p. 17.

(2) *Ibid.*, p. 27.

Dans une étude que nous avons déjà signalée, Ch. Vibert (1) serange à l'opinion d'Erichsen qui considère le pronostic comme très grave; il signale quelques cas de guérison incomplète, mais il s'agit d'individus qui présentaient surtout des symptômes médullaires, et chez lesquels les symptômes cérébraux étaient nuls ou peu accusés. Le pronostic peut être sans hésitation considéré comme mauvais pour les cas où les symptômes sont très accentués, où les troubles des fonctions cérébrales sont à la fois multiples et profonds, où l'on remarque de la tristesse sans motif, de l'angoisse, de l'émotivité, des changements de caractère. Il n'y a guère alors à espérer d'amélioration sérieuse et durable, et le *statu quo* est à peu près l'éventualité la plus favorable qu'on puisse prévoir.

OBSERVATION CII

Hémiplégie hystéro-traumatique. — Participation de la face. — Pas d'amélioration.

M... Joséphine (2), 16 ans. — Son père (non alcoolique), ni sa mère ne sont nerveux. — 2 sœurs également bien portantes. — La malade n'a jamais eu de crises nerveuses, ni de maladies antérieures. — Voici deux mois qu'en traversant à gué la rivière, vers midi, elle fut prise de vertiges, tomba dans l'eau, fut entraînée par le courant, perdit connaissance et fut relevée par un ouvrier qui se trouvait dans les environs. Elle rentra chez ses parents, put retourner à son travail et ne ressentit rien dans la journée. Mais le souvenir du danger couru lui revint dans ses songes et le lendemain en se réveillant elle s'aperçut que sa jambe droite était plus faible que l'autre, elle traînait en marchant; la sensibilité était conservée. Ne voyant pas d'amélioration, au bout de 8 jours, la malade entra à l'hôpital dans le service de chirurgie de M. le prof. Heydenreich. Malgré plusieurs séances de faradisation, la faiblesse de la jambe ne fit qu'augmenter et le bras droit se prit à son tour. On fit alors passer M... dans le service de médecine de M. le prof. Bernheim.

Etat au 11 septembre 1886. M., est d'une constitution bonne. Tempérament lymphatique. Emotivité considérable (elle ne répond qu'en pleurant). Pas de déviation de la face. La langue est déviée à droite, et la parole est devenue difficile depuis quelques jours. — Les pupilles sont égales. — Apyrexie.

La malade peut lever la jambe droite en l'air, et l'y maintenir pendant quelques secondes, mais avec des oscillations. Pas de raideur. Pas de réflexes

(1) Ch. Vibert: Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer, p. 49.

(2) Obs. inéd. de M. le professeur Bernheim.

du genou ni du pied. Pas d'atrophie musculaire. Le pied a l'attitude du pied bot varus équin. Le bras droit est absolument inerte.

La sensibilité cutanée est partout conservée. — L'ouïe est normale des 2 côtés. La vision paraît nette; pas d'achromatopsie. L'odorat et le goût sont intacts.

19 *septembre*. Malgré les séances successives d'hypnotisme et de suggestion l'état ne s'est pas amélioré. Le sommeil est profond, mais la malade semble animée d'un esprit de contradiction, et n'exécute pas volontiers les suggestions.

23 *sept.* Depuis 3 jours, elle est soumise à l'entraînement : on la force à marcher en la tenant, puis ensuite seule. — Ce matin pour la première fois elle dit qu'elle sent du mieux. Elle arrive à fléchir légèrement l'avant-bras sur le bras. On constate qu'elle marche beaucoup mieux, elle peut faire le tour de la salle sans se tenir et ne traîne plus autant le pied.

2 *octobre*. Malgré l'entraînement continu, l'amélioration ne s'est guère accentuée. De plus, la malade parle plus difficilement, — lentement, en scandant les syllabes. Elle a de la peine à articuler les mots, mais elle en connaît la valeur. Elle compte bien de 1 à 10, mais prononce mal certains chiffres. Pour dire vendredi, elle dit : ouendendi; pour samedi, sadi. Elle a de l'aphasie motrice.

14 *octobre*. Hier la malade a refusé de se lever parce qu'elle avait froid. Elle a mangé comme d'ordinaire, et a été tranquille la nuit. Mais ce matin elle se plaint de douleurs dans la tête et les membres, sa face est pâle; respiration laborieuse, quelques nausées. Pas de convulsions. Pas d'ovarialgie. Le pouls est régulier et assez ferme.

16. Depuis trois jours elle vomit tout ce qu'elle prend, se plaint d'une douleur épigastrique. T. s. 38, m. 37. 7, — n'a pas dormi la nuit.

23. A la suite d'une séance d'électrisation, la malade a pu plier le coude. La contractilité musculaire est intacte.

On continue l'électrisation pendant plusieurs jours.

29. La pointe de la langue reste toujours déviée à droite. — La malade mange peu depuis quelques jours, elle dit avoir de la répugnance pour les aliments. — Elle peut plier et étendre son avant-bras droit, mais ne peut étendre les doigts qu'elle tient fléchis.

La malade quitte le service le 6 novembre.

Elle entre de nouveau au service le 1^{er} décembre 1886. A cette époque, quand la malade rit, la commissure labiale gauche est plus marquée qu'à droite. La langue est déviée à droite. — M... ne peut faire aucun mouvement avec les doigts de sa main droite. Elle a de la raideur dans le bras. La jambe du même côté est rigide, ne permettant que de faibles mouvements de flexion. Le pied est en varus équin, mais capable d'extension et de flexion. Il y a exagération considérable des réflexes. — La jambe gauche est aussi inerte, sans mouvements, et présente de la tendance à la contracture.

La sensibilité tactile est conservée sur les plantes des pieds, — mais diminuée sur les dos des pieds et aux 2/3 inférieurs des jambes. — Anesthésie du membre supérieur droit s'arrêtant au 1/3 supérieur du bras. — La sensibilité de la face est bonne. Pas d'anesthésie à la douleur et à la température.

La malade parle mieux; elle articule bien son nom. Elle ne trouve pas le mot lundi; on lui donne les noms de tous les autres jours de la semaine, elle dit: non; — on prononce: lundi, elle dit: oui, et peut répéter ce mot; —

mais pour l'oublier un instant après. Elle compte bien jusqu'à dix ; mais lui demande-t-on ce qui vient après 2, après 4, elle ne peut le dire ; et cependant elle peut recompter aussitôt. — Elle ne peut reciter de suite les noms des mois de l'année, — ni lire dans un livre. Si on écrit : « Joséphine M.... est une mauvaise fille », elle ne peut pas lire, mais paraît comprendre sans toutefois se rendre un compte exact de ce qui est écrit. Elle répète bien les mots seuls, mais pas les phrases. — Elle reconnaît un couteau, une clef, une montre, un mouchoir.

2 *déc.* Hier après suggestion, la malade a pu remuer la jambe droite ; ce matin la raideur est moindre, mais la flexion est impossible. L'anesthésie qui avait disparu est revenue jusqu'au tiers supérieur de la jambe droite. — La jambe gauche est sensible. De même l'avant-bras droit,

3 *déc.* La malade a été agitée la nuit. Elle prétend avoir mal aux jambes. Elle parle bien ce matin. Elle sait dire combien font 7+1, mais ne sait pas le chiffre qui vient après 7. — Elle ne peut dire combien il y a de jours dans la semaine, d'heures dans la journée, de doigts dans la main. — Dit bien le nom de son père, mais ne peut trouver celui de sa mère et quand on le lui a dit, elle l'oublie.

La déviation de la face à gauche persiste toujours. — L'avant-bras est fléchi sur le bras, les doigts sont à demi fléchis ; — malgré une certaine raideur on arrive à les étendre, mais aussitôt après ils reprennent leur position vicieuse. La main et la moitié inférieure de l'avant-bras sont insensibles au toucher, mais restent sensibles à la douleur.

Après un certain effort, la malade plie la jambe droite. Il y a moins de raideur et les réflexes tendineux sont abolis à droite. — Il y a de l'anesthésie de la jambe droite jusqu'à deux travers de doigt de la rotule ; pas à gauche.

9 *déc.* La malade a crié toute la nuit. S'est jetée à bas de son lit. A pleuré pendant plusieurs heures. Sensation de boule remontant de l'épigastre au larynx. — La sensibilité au toucher est supprimée dans le membre supérieur droit, dans la cuisse et la jambe droites jusqu'à mi-hauteur, — dans le côté droit du thorax jusqu'à la ligne médiane, en avant, jusqu'à un travers de doigt de cette ligne en arrière, et de même pour l'abdomen. — Urines involontaires. Même état les jours suivants.

16. La sensibilité est revenue sur le tronc, mais l'anesthésie au toucher persiste sur la main et l'avant-bras droits. Pas d'analgésie. — La raideur des jambes est moindre. — La malade dit bien son nom, celui de sa mère ; compte bien, 100, 200, 300, mais ne trouve pas 1000 ; récite ses prières, les articulant mal ; fatigue intellectuelle rapide.

21. Elle remue les deux jambes, fléchit les orteils, mais les mouvements sont irréguliers. Anesthésie tactile au pied et à la moitié inférieure de la jambe droite. — Sensibilité à la main droite. — La langue reste déviée à droite. La malade peut dire les noms des mois de l'année jusqu'à juin, puis s'embrouille. Elle calcule bien 4 et 2, 6 et 2, mais pas 4 et 3.

Les nuits suivantes la malade est agitée, crie, saute à bas de son lit.

28. La malade est plus calme la nuit. Elle parle mieux, mais lentement.

10 *janvier* 1887. La malade remue mieux les jambes. Elle peut lever un instant le bras droit en l'air. La déviation de la face et de la langue sont moindres. La parole devient plus facile. Les mictions involontaires ne sont plus aussi fréquentes ; la malade demande le bassin.

27. L'aphasie disparaît ; la malade peut compter 8 et 5, mais pas encore 8 et 6.

14 *février*. La malade est plus gaie depuis 8 jours. Les urines et les selles ne sont plus involontaires. Elle peut lever le bras jusqu'à l'horizontale. En la soutenant un peu, elle arrive à se tenir debout. — La commissure labiale est toujours déviée à gauche. La langue l'est un peu à droite. — L'intelligence est assez vive. Il y a de l'aménorrhée depuis 3 mois.

17 *mars*. Hier, la malade se plaignait d'avoir sommeil toute l'après-midi. Sa face était rouge. A 7 heures 1/2, elle a eu une crise avec déviation convulsive des traits du visage, surtout du côté droit, et aussi quelques convulsions des globes oculaires et du bras droit. Le tout a duré 5 minutes, sans perte de connaissance. Pas de sensation d'étouffement. La nuit suivante a été bonne.

18. Depuis hier la malade a eu pendant la journée et la nuit de l'athétose dans les doigts, la main, l'avant-bras et la jambe à droite. — Céphalalgie frontale. A deux reprises elle serait restée un quart d'heure sans rien voir. — Ce matin les mouvements involontaires ont disparu.

19. Les doigts de la main droite sont dans l'extension : le pouce appliqué contre l'index ; le bras étant au repos, on constate de légers mouvements d'adduction et d'abduction des doigts, quelquefois un peu d'extension, mais ces mouvements sont rares. — Les mouvements auraient empêché la malade de dormir la nuit. La sensibilité existe partout.

Etat stationnaire jusqu'au 18 mars. Les mouvements involontaires s'accroissent ; la malade ne peut plus manger avec sa main droite ; elle renverse tout. Elle ne sent plus sa main. Anesthésie de la main, de l'avant-bras et du bras des deux côtés, mais anesthésie variable, qui disparaît par instants. De même aux membres inférieurs. Le sens musculaire subit aussi ces variations.

22 *mars*. La sensibilité existe. La main gauche ne peut s'ouvrir complètement. Le pouce et l'index sont étendus, la première phalange du médius est légèrement fléchie. L'annulaire et le petit doigt sont à demi fléchis. La malade ne peut serrer le dynamomètre avec cette main. — L'intelligence a baissé ; M... ne compte plus aussi bien.

26. M... accusait depuis quelques jours des douleurs dans le bras et la jambe gauches, qui ont cédé à la suggestion. — La malade a eu ses règles il y a huit jours, avec de fortes douleurs. La paralysie de son bras gauche a coïncidé avec son époque.

6 *avril*. Même état du bras gauche. Le bras droit est contracturé. Le pied droit ne s'élève que de 7 cm. au-dessus du plan du lit ; les mouvements de flexion sont presque nuls. A gauche le membre inférieur est libre. Les réflexes sont assez marqués. — Le malade compte de nouveau un peu mieux, mais s'embrouille vite.

11 *avril*. Hier à onze heures du soir, M... poussa des cris, se plaignant d'une douleur dans le creux épigastrique et le côté gauche de l'abdomen : en même temps elle avait des mouvements convulsifs dans les deux bras, une déviation de la hanche du côté droit ; cécité et surdité à droite ; puis aphasie. La crise dura 3/4 d'heure et fut suivie de sommeil. — Ce matin, la parole est à peu près ce qu'elle était auparavant. Les mouvements du bras droit sont très limités ; ceux du bras gauche sont libres. Il y a une contracture de tout le côté droit. Les phénomènes du genou et du pied sont très marqués, surtout à droite. — La sensibilité tactile est partout conservée. La vue est bonne ; l'ouïe aussi.

13. Depuis 2 jours, emmaillotement humide. La malade peut lever son bras droit jusqu'à l'horizontale, elle porte sa main droite à sa bouche. Mais il y a encore de la raideur dans l'épaule et le coude. — Elle peut tenir sa jambe droite en l'air pendant 10 secondes. Mais ne peut se tenir debout.

5 juillet Ce matin, sans cause connue, la malade a eu une crise caractérisée par de l'aphasie, et des mouvements convulsifs limités au côté droit. La déviation de la langue à droite existe toujours, — et les traits de la face sont tirés à gauche. — La malade ne peut étendre ni fermer complètement les doigts de la main droite. Il persiste de la raideur dans les mouvements de l'épaule et du bras. — La parole est assez libre; mais le plus simple calcul de tête est impossible; et la mémoire des dates fait défaut. — La sensibilité est bonne.

4 octobre. De temps en temps, dans la journée, la malade éprouve un tremblement convulsif dans tout le côté droit et la face, qui dure 5 ou 6 minutes.

Le 2 février 1888. L'hémiplégie faciale persiste au même degré. La malade peut s'asseoir dans son lit. Elle peut porter sa main droite jusqu'à son front, mais non sur le sommet de sa tête. Il y a encore quelques mouvements d'athétose dans les doigts, — et de la raideur dans les mouvements du coude et de l'épaule. — Le bras gauche fonctionne bien. — Le membre inférieur droit est en extension. Les phénomènes du pied et du genou sont assez marqués. — La malade ne peut se tenir debout sans s'appuyer fortement à son lit. — La sensibilité est conservée.

8 mars. Même état. La malade lit bien les lettres, mais ne peut les unir pour en former des mots, et au bout de 2 lignes, elle ne distingue plus rien. En somme, elle est incapable de tout effort intellectuel.

2 juin. Les mouvements d'athétose sont plus accentués, et gagnent parfois l'avant-bras. Une traction de 4 kilogs les fait cesser.

M.... (1) sortit du service au mois d'août 1888, pour rentrer chez ses parents. Elle fit un voyage à Lourdes sans voir se produire d'amélioration notable dans son état. Puis au mois de mai 1889 elle obtint d'entrer à l'hospice St-Julien, (où elle est restée jusqu'à ce jour). Pendant les 3 mois qui suivirent nous relevons trois crises ayant coïncidé avec l'époque menstruelle de la malade. Ces crises durent environ deux heures; M.... pousse un grand cri, est prise de tremblements convulsifs accentués surtout dans le côté droit, mais se propageant aussi au côté gauche; — puis à la suite survient une hémiplégie droite, avec aphasie, qui vont s'atténuant pour disparaître le 3^e ou le 4^e jour. Pendant ce temps les mouvements athétosiques cessent.

Dans l'intervalle de ces crises, M.... offre l'état suivant: intelligence nette; la malade comprend et entend tout ce qu'on lui dit; elle sait l'usage de tous les objets qu'on lui présente. — Auparavant, dit-elle, elle lisait bien, mais actuellement, elle prend parfois un mot pour un autre: ainsi elle lit « apercevoir » pour le mot: « imprimer », — et quand on lui fait épeler le mot elle reconnaît son erreur.

(1) Le reste de cette observation nous a été obligeamment fourni par M. le prof. agrégé P. Parisot, — qu'il nous permette de lui offrir nos remerciements.

La commissure labiale droite est un peu abaissée, pas de mouvements de la face. À droite, elle empêche moins facilement qu'à gauche de soulever les paupières, ce qui indiquerait un peu de parésie du facial supérieur droit. Au repos il existe du côté droit des mouvements d'élévation et de rotation de l'épaule, de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras, de pronation et de demi-supination de la main, d'extension et de flexion des phalanges les unes sur les autres. Ces mouvements à peu près permanents à l'état de veille s'exagèrent à certains jours, ou à l'occasion du moindre effort ou de toute émotion agréable ou pénible, mais disparaissent pendant le sommeil (athétose). — Au membre inférieur on remarque que les orteils sont dans l'extension et parfois agités d'un léger soubresaut ; par moment, la jambe se fléchit légèrement sur la cuisse, et la cuisse sur le bassin.

Au dynamomètre, on obtient : main droite : 10, main gauche : 55.

Le 30 octobre 1889, nous examinons la malade. Depuis le 17 juillet elle n'a pas eu de crise ; seulement au moment de ses époques, elle a éprouvé des douleurs et des mouvements dans les 2 jambes.

Elle est dans un état de santé florissant. La maladie malgré sa durée, n'a pas assombri son caractère. Son intelligence est très-nette. La parole facile, mais parfois elle aurait de la difficulté à trouver certains mots. Son sommeil est bon. Pas d'anorexie, ni de troubles digestifs.

Au repos, la commissure labiale droite est un peu abaissée. La narine droite est moins dilatée que la gauche. Les plis de la face sont plus marqués à gauche. — La pointe de la langue est très-nettement déviée à droite.

Au membre supérieur droit, nous observons des mouvements athétosiques involontaires pendant le repos, — qui s'accroissent à l'occasion d'un mouvement intentionnel de ce bras ou de l'autre, ou à l'occasion de tout effort ou de toute impression morale. Il y a une légère contracture des muscles de l'épaule, les mouvements provoqués s'accompagnent de quelques craquements articulaires et de douleurs. — Au membre inférieur droit, mouvements athétosiques analogues, — et de même, mais moins fréquents dans le membre inférieur gauche. La malade peut soulever la jambe droite à environ 30 cent. du plan du lit, mais dans ce mouvement son pied se place en varus équin, et est agité de quelques oscillations latérales ataxiformes, avec tendance à être porté en dehors. La jambe gauche ne présente pas ces phénomènes. — La force musculaire est assez bien conservée dans la jambe droite ; la malade résiste bien lorsqu'on veut fléchir la jambe sur la cuisse ; — un peu moins bien lorsqu'on veut ensuite l'étendre. Dans ce membre, le réflexe rotulien est exagéré, mais on n'arrive pas à provoquer le phénomène du pied. La mensuration des mollets nous a donné une diminution de 1 cent. pour le droit et, à la palpation, on perçoit une moindre résistance des masses musculaires. — Les doigts du pied droit sont immobilisés. La malade se plaint en outre que ce pied est plus froid que l'autre et souvent couvert de sueurs. — Pour marcher R... s'appuie du bras gauche, à un fauteuil. lance la jambe droite en avant et en dehors, et frappe le sol du talon.

La motilité est intacte au membre supérieur gauche, dont les muscles donnent à la palpation une consistance plus ferme qu'à droite. La mensuration des bras nous a donné pour le droit 1½ cent. de diminution sur le gauche. De même les muscles interosseux et de la paume de ce côté paraissent visiblement atrophiés.

La sensibilité est généralement conservée ; elle serait un peu plus obtuse à droite. La malade se plaint de quelques douleurs spontanées dans l'épaule droite ainsi que dans les jambes, mais plus fortes dans la jambe gauche (surtout au genou).

Nous avons rapporté avec une certaine étendue l'observation d'hémiplégie qui précède, parce qu'elle peut suggérer des remarques importantes.

Nous devons insister d'abord sur le début de l'affection qui nous semble bien avoir été celui d'une paralysie psychique. Le choc physique, chute inattendue dans l'eau (juillet 1886), n'a ici aucune signification particulière, et ne paraît pas avoir eu d'influence sur la localisation des symptômes consécutifs. Le choc nerveux tient au contraire la première place ; la malade eut peur de se noyer, — et dans la nuit suivante, en songe, elle ressentit un nouvel et plus puissant effroi, d'où naquit l'idée d'une paralysie qui se manifesta le lendemain au réveil dans la jambe droite. Ce membre s'affaiblit ensuite graduellement. Puis quelque deux mois après, le bras du même côté se prit, et notre maître, M. le professeur Bernheim insistait devant nous sur la façon dont la paralysie du bras s'était établie sous ses yeux. La paralysie de ce membre ne vint pas tout d'un coup, mais envahit d'abord la main, puis l'avant-bras, puis le bras. Cette marche progressive et par segment rappelle bien ce que M. le professeur Charcot a dit des paralysies psychiques. Et l'on n'a pas d'exemple d'une paralysie organique procédant ainsi par degrés.

A cette hémiplégie vint se surajouter une hémiplégie faciale, avec aphasie motrice incomplète (octobre 1885).

A partir de cette époque, nous voyons s'établir dans les régions parésiées des phénomènes de contracture, auxquels succèdent des phénomènes d'athétose. Contracture de la main droite, qui gagne le bras en décembre, — et le membre inférieur droit, tandis que la jambe gauche a de la tendance à la rigidité. Les troubles intellectuels apparaissent alors : c'est un affaiblissement de l'intelligence, et une diminution de la mémoire.

En février 1887, à la suite d'une crise convulsive localisée surtout du côté droit, on note les premiers mouvements d'athétose.

Le 18 mars suivant, le bras gauche se paralyse, et ce trou-

ble de la motilité dure environ 20 jours. — Nouvel argument en faveur du caractère psychique de ces accidents.

Le 5 juillet 1887, réapparition d'une crise convulsive, avec aphasie. La contracture persiste dans le coude et l'épaule, — il y a de l'athétose des doigts ; — le membre inférieur est contracturé en extension.

7 mois après, l'état est stationnaire, et on constate de l'exagération des réflexes.

En juin 1888, l'athétose s'accroît.

Enfin, dans les mois de juin, juillet, août 1889, la malade eut des crises convulsives suivies d'hémiplégie droite et d'aphasie disparaissant le 3^e ou le 4^e jour.

Dès cette époque, et si l'on fait abstraction du début de la maladie ainsi que des crises convulsives qui dénotent chez M... une affection hystérique, la malade offre l'aspect d'une hémiplégique organique. Il y aurait donc eu chez elle transformation des troubles purement psychiques à l'origine en lésions matérielles du système encéphalo-médullaire. Et, en effet, la forme hémiplégique et la permanence de la contracture, se transformant en mouvements athétosiques, la participation de la face, l'affaiblissement de l'intelligence et enfin l'impuissance même de la suggestion à guérir ou modifier ces accidents semble appeler le diagnostic de lésion matérielle. Et nous pourrions trouver un appui à cette opinion dans un fait analogue rapporté par M. Charcot (1) : chez une femme hystérique atteinte depuis une dizaine d'années de contracture de ses membres, et dont le début avait été subit, il observa, à l'autopsie une sclérose qui occupait symétriquement, et à peu près dans toute la hauteur de la moëlle, les cordons latéraux.

Si nous osions hasarder une hypothèse, nous dirions que la persistance du trouble fonctionnel, liée à des troubles de circulation vaso-motrice encore peu connus, peut avoir déterminé dans les régions frappées d'inhibition, un processus d'inflammation lente, et causé des désordres matériels désormais irréparables, sorte d'atrophie ou de dégénérescence des cellules ou éléments nobles, et leur étouffement par la prédominance de vie du tissu conjonctif névroglique.

(1) *J.-M. Charcot. Œ. com. T. I, p. 362.*

CHAPITRE VI

CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES.

Ce point de vue a été peu abordé en France, mais il a beaucoup préoccupé les auteurs allemands, anglais et américains. Un ouvrier à la suite d'un accident de machine, un voyageur à la suite d'un accident de chemin de fer ont été atteints de paralysies, de contractures ou de douleurs variées, les rendant inaptes à continuer leur travail ou leurs occupations. Ils engagent un procès en dommages-intérêts contre la Société ou la Compagnie. La Justice commet un médecin pour l'examen des demandeurs. Faut-il rendre la Société ou la Compagnie responsable de toutes les conséquences directes du traumatisme ? L'opinion qui nous paraît avoir été le plus souvent adoptée est l'affirmative. Sans doute il y aurait un compte à tenir des prédispositions diathésiques individuelles. Mais dans l'éveil de la maladie, c'est le trauma qui est coupable. Et peut-être cette névrose latente le serait-elle restée toujours sans l'accident qui l'a révélée.

En ce cas devra-t-on accorder une indemnité annuelle, pour la durée de la maladie ou bien une indemnité totale définitive ? — Nous croyons que la justice exige ici que le médecin spécifie bien, dans les conclusions de son rapport, que les accidents par lui constatés sont susceptibles de guérison. Et alors, la première solution s'impose : on accordera l'indemnité pour le temps que durera la maladie, ou pour un certain nombre d'années, réservant d'apprécier au bout de ce temps, si elle doit être continuée. Comme exemple, citons le rapport médico-légal suivant, emprunté aux Annales d'hygiène publique, 1873.

OBSERVATION CIII

Le 23 août 1868, Mlle X... artiste peintre, âgée de 32 ans, est renversée au moment où elle passait dans la rue, par un tuyau de poêle qui, en tombant, n'avait fait que la frôler. Mlle X... resta deux heures sans connaissance ; on ne constate sur elle qu'une légère contusion de la cuisse gauche. Néanmoins elle garde la chambre plusieurs mois, parce qu'elle peut à peine marcher et se servir de ses bras. Alors elle introduit une demande en dommages-intérêts ; un jugement lui alloue une somme de 8000 frs. à titre de provision.

Trois ans plus tard elle n'avait pas changé, le tribunal est de nouveau saisi de la question des dommages-intérêts et d'une demande de 40.000 frs. Il rendit alors une ordonnance qui commettait MM. Devergie, Ladreit de la Charrière et Bergeron à l'effet de voir et d'examiner Mlle X... — D'après le rapport de ces experts, la demanderesse n'a point connaissance de l'accident dont elle ne sait que ce qu'on lui a dit (amnésie traumatique). Elle reste étendue sur une chaise longue, bien qu'elle n'ait pas la figure d'une malade, mais parce qu'au moindre mouvement elle sent, dit-elle, sa tête se perdre et qu'elle craint une syncope. Elle accuse une diminution de force dans le membre inférieur et le membre supérieur gauches, une sensation douloureuse au niveau de la deuxième ou troisième vertèbre dorsale et dans la région cardiaque. — Les experts constatent en outre : — 1^o une diminution de la sensibilité au pincement plus marquée du côté gauche ; — 2^o que la malade marche en traînant les pieds et en menaçant de perdre l'équilibre ; — 3^o que son écriture est tracée d'une manière gauche et sans rapport avec l'excelente écriture d'une lettre qu'elle avait adressée antérieurement aux experts pour les prévenir qu'elle ne pouvait se déplacer ; — 5^o une anesthésie complète du pharynx et de l'épiglotte.

La conclusion du rapport fut que l'accident avait provoqué chez Mlle X... une commotion dont les phénomènes avaient disparu, et que maintenant ceux que la malade présente ne peuvent être rattachés qu'à une névropathie ou névrose de cause hystérique, non pas de cette forme hystérique qui est accompagnée d'attaques de nerfs, mais de la forme latente ou larvée, — que son état actuel ne constitue pas une maladie incurable, la médecine pouvant, par des moyens divers, amener le retour à la santé.

A la suite de ce rapport, le tribunal accorde à Mlle X... une rente annuelle de 2.400 frs. jusqu'au 14 Avril 1874, ajoutant qu'à cette époque il lui sera fait droit.

E. Kirmisson (1) ayant rapporté à la Société de chirurgie de Paris le cas de Gr., maçon, tombé d'un échafaudage et atteint de monoplégie crurale hystéro-traumatique, adoptait encore l'opinion que nous avons indiquée :

(1) *E. Kirmisson*. Bull. de la Soc. de chirurg. de Paris T. XII, 1888, p. 235.

« Le traumatisme, dira-t-on, n'a joué que le rôle de cause accidentelle ; les effets eussent sans doute été insignifiants, si le malade n'avait été en puissance d'hystérie. A quoi l'on peut répondre que peut-être aussi le malade n'eût jamais présenté d'accidents hystériformes, s'il n'avait été traumatisé. Aussi doit-on conclure à la responsabilité du traumatisme et de ceux qui peuvent en être considérés comme les auteurs. C'est là, d'ailleurs, l'avis du professeur Charcot. »

Ce serait ici le lieu de dire un mot de la simulation. Jusqu'à l'avènement des doctrines modernes sur le sujet qui nous occupe, les accidents que nous avons rapportés passaient souvent pour être imaginaires ou simulés. Aujourd'hui que l'on est mieux éclairé sur leur nature, on tend à admettre que la simulation ne peut même plus être discutée. Elle ne serait possible que grâce à l'ignorance de l'observateur qui négligerait la recherche des nombreux symptômes concomitants aux troubles accusés par le malade. L'initié le plus malin ne serait pas en état de simuler avec précision l'ensemble d'anomalies psychiques, de troubles de motilité et de sensibilité que nous avons décrits.

Dans un article déjà cité, Ch. Féré va plus loin encore, et dit : « L'existence des maladies par imagination étant démontrée, il est prouvé du même coup qu'il n'existe pas et qu'il ne peut pas exister de maladies imaginaires, c'est-à-dire de maladies purement fictives ; puisque, dès que le sujet s'est laissé imposer cette idée fixe qu'il est affecté d'un trouble fonctionnel quelconque, ce trouble fonctionnel se développe à un certain degré. »

Mais nous sommes sans criterium pour l'exagération. La préoccupation d'obtenir une somme d'argent plus forte, les longueurs de l'enquête, l'incertitude du procès en suspens, peuvent, comme le dit Oppenheim, ajouter encore à la dépression morale des patients, entretenir leur maladie et les porter à exagérer leurs plaintes. Et quiconque est habitué à traiter des personnes hypochondriaques, hystériques et neurasthéniques connaît les grandes difficultés qu'il y a à distinguer l'exagération volontaire de celle qui a son fondement dans la maladie.

Le même auteur dit encore, s'appuyant sur une citation de Becker : « Pour fonder une réclamation d'indemnité pour accident, il n'est pas nécessaire que la blessure reçue dans l'accident soit la seule cause de l'incapacité actuelle ; il suffit qu'elle soit une des causes principales qui y ont coopéré ».

Il fait toutefois des réserves pour les cas d'alcoolisme antérieur notoire. « L'abus chronique de l'alcool peut déterminer une névrose toxique proche parente de la névrose traumatique. Et cependant, si l'individu a pu travailler jusqu'au jour de l'accident, il y aura lieu de rendre l'accident responsable du dommage. Mais il faut alors faire ressortir, dans le rapport, l'influence possible et l'importance éventuelle de l'alcoolisme. »

« Pour répondre à la question de la connexion causale de la souffrance avec la blessure, il est nécessaire, naturellement, d'avoir devant les yeux les antécédents et l'espèce d'accident lui-même, le développement et la suite des phénomènes pathologiques, et de se souvenir que la latence apparente peut s'étendre sur un long espace de temps. Mais il y a aussi une limite où cette connexion ne paraît plus que vraisemblable ou possible ».

Une question analogue se pose aux médecins militaires. Un soldat, dans un service commandé, reçoit un choc ou fait une chute; il voit à la suite se développer des accidents hystéro-traumatiques; — faudra-t-il le réformer? Et si on le fait, faut-il lui accorder la retraite? Dans un article de la Revue de médecine, Duponchel (1) nous semble avoir indiqué la solution la plus équitable: « On fera rentrer les cas de paralysies hystéro-traumatiques dans la catégorie des maladies aggravées par le service militaire et on accordera ce qu'on appelle le congé n° 1, avec gratification renouvelable. Outre le bénéfice d'une gratification annuelle, renouvelable tant que les infirmités subsistent, ce congé confère l'exonération du service militaire pour le frère puîné de l'homme qui l'a obtenu. Bien qu'il y ait perte absolue de l'usage d'un membre, on ne saurait proposer la retraite; il n'y a pas en effet, sous l'empire des règles en vigueur, de retraite possible pour infirmités contractées au service, sans certificat médical d'un médecin-chef d'hôpital constatant l'incurabilité de ces infirmités. Or ce certificat ne saurait être délivré, puisque le propre des paralysies hystériques est précisément la certitude d'une guérison plus ou moins prochaine ».

(1) *Duponchel*; in *Revue de médecine* 1886, — L'Hystérie dans l'armée.

Les accidents que nous étudions peuvent encore intéresser le médecin légiste à un autre point de vue. Par suite de l'ébranlement psychique qui accompagne le trauma, il peut arriver que le blessé soit atteint d'une perte de la mémoire que l'on a appelée : amnésie traumatique. Cette amnésie peut être passagère : un voyageur, par exemple, oubliera le but de son voyage et ne s'expliquera pas sa présence en tel ou tel lieu. D'autres fois elle est plus durable : elle peut porter sur les circonstances de l'accident ou sur les souvenirs antérieurs, — ou bien il peut y avoir une sorte d'impuissance à acquérir des souvenirs nouveaux.

Dans l'observation LXXIV (d'Oppenheim,) la perte de mémoire suivit une frayeur violente ; sans lésion ; dans l'observation LXXV il s'agit d'un ébranlement produit par accident de chemin de fer ; dans l'observation LXXXIV, d'une chute sur la tête ; dans l'observation LXXXV, d'un ouvrier qui fut enlevé jusqu'au plafond de l'atelier par une courroie de transmission qui lui avait saisi le bras. — On le voit, il n'est pas toujours besoin que le blessé ait reçu un choc sur la tête,

Dans ces cas, non seulement le blessé ne pourra donner de renseignements sur les circonstances de l'accident. Mais il peut aussi arriver qu'il se soit fait après coup un roman de l'accident qu'il a subi. C'était le cas pour Lelog..., un des malades observés par M. Charcot : renversé par un coup du timon de la petite voiture qu'il conduisait, il racontait ensuite, de la meilleure foi du monde, qu'une voiture lui était passée sur le corps. Il sera bon alors de chercher à contrôler les assertions des blessés par celles des personnes ayant assisté à l'accident.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Ce que nous dirons ici découlera tout naturellement des considérations que nous avons exposées au chapitre : *De la nature de ces accidents*.

Ils sont d'ordre psychique, — le traitement sera de même ordre.

Et d'abord, comme conclusion des observations que nous avons rapportées, dans lesquelles la guérison a été obtenue par la suggestion, nous conseillons de tenter ce traitement aussitôt qu'on le pourra. Car plus on attaquera le mal à son début, et pour ainsi dire à l'état naissant, plus on aura de chances d'arriver à un résultat heureux et rapide.

C'est l'honneur du *D^r Liébault* d'avoir cherché dans la suggestion une méthode de traitement scientifique. Ses premières recherches publiées en 1866 (1) eurent peu d'écho. Mais vers 1881, il fut brillamment suivi dans cette voie par notre maître, *M. le prof. Bernheim*, à qui l'on doit la publication de nombreux faits de guérison par l'hypnotisme (2), et qui nous a obligeamment fourni 10 observations inédites pour la rédaction de ce travail. Les résultats obtenus et la renommée de jour en jour croissante de l'Ecole de Nancy, nous dispensent d'insister sur les mérites de leur œuvre.

Puisque la suggestibilité est plus grande pendant le sommeil hypnotique, on devra chercher à provoquer ce sommeil, afin de se placer dans les conditions d'une influence plus puis-

(1) Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique, p. le *D^r Liébault*, Paris 1866.

(2) Voir les 105 observations publiées dans le livre : *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, p. le *D^r Bernheim*, 2^e édit. Paris 1888.

sante et plus active sur le malade. On n'arrive pas souvent d'emblée à déterminer le sommeil profond, il faut parfois de l'entraînement. Mais l'on pourrait, au besoin, se contenter des degrés inférieurs du somnambulisme.

« La suggestion (1) peut se faire sans hypnose. Chez les sujets rebelles aux phénomènes hypnotiques, on peut faire néanmoins de la suggestion thérapeutique, j'obtiens des effets remarquables sans sommeil. J'invite le malade à fermer les yeux, à concentrer son attention sur moi ; je cherche à l'impressionner, à capter son esprit, et j'affirme la disparition de certains troubles fonctionnels. C'est la suggestion par la parole, sans hypnotisme.

« La suggestion thérapeutique ou psycho-thérapeutique suggestive (Hack-Tuke) consiste donc à faire pénétrer dans le cerveau hypnotisé ou non, l'idée de la guérison ou de la disparition de certains symptômes.

« Cette suggestion doit être adaptée à l'individualité du sujet : la parole seule suffit chez quelques-uns. Chez d'autres, la parole doit être répétée, appuyée sur des théories en rapport avec l'entendement du sujet, accompagnée de gestes, friction sur la partie malade, suggestion de chaleur, ou autres, destinées à concentrer l'attention, à fixer l'esprit, à matérialiser l'idée, si je puis dire ainsi, dans une sensation physique. Quelquefois la suppression d'un trouble fonctionnel, douleur par exemple, peut être opérée instantanément, soit définitivement, soit pour un certain temps seulement ; d'autres fois ce n'est que graduellement, à la suite de séances continuées : cela dépend de la nature du trouble, du degré et du genre de suggestibilité.

« Si le plus souvent, surtout dans l'hypnose profonde, l'affirmation simple ou plusieurs fois répétée suffit, il est cependant des cas plus difficiles, où la suggestion ne prend pas si aisément, où elle a besoin d'être introduite par voie détournée. »

« L'état hypnotique créé lui-même par la suggestion en supprimant l'initiative intellectuelle, en augmentant l'automatisme cérébral, augmente la suggestibilité, c'est-à-dire l'aptitude à transformer l'idée en acte.

(1) *Bernheim*, in Rapport lu au Congrès de l'hypnotisme le 9 août 1889, — in Rev. méd. de l'Est, 15 nov. 1889. — p. 676.

« L'hypnotisme n'est qu'un des procédés employés pour faciliter la suggestion ; c'est l'adjuvant le plus efficace, quelquefois le seul efficace de la suggestion thérapeutique. »

Nous ne prétendons pas toutefois que le succès suivra toujours l'application, même l'application répétée. Et nous n'allons pas jusqu'à dire que ce qu'une suggestion a fait une autre suggestion peut le défaire. Oui, sans doute, s'il s'agissait d'une contre-suggestion également puissante et de même mode. Mais nous devons indiquer que les sujets suggestibles ne le sont pas à tous les genres de suggestion. Il pourra donc arriver que la suggestion verbale échoue là où la suggestion traumatique n'avait que trop réussi.

C'est alors qu'il faudra savoir varier les procédés et administrer la suggestion sous les diverses formes médicamenteuses, dont nous avons rapporté des exemples. C'est l'idée que développait Ch. Féré, (1) lorsqu'il écrivait, en 1884, un article sur la médecine d'imagination. Et pour répondre aux préventions que des esprits sérieux peuvent avoir contre ce genre de thérapeutique, nous redirons, avec un auteur déjà ancien : « S'il était démontré que la médecine d'imagination fût la meilleure, pourquoi ne ferions-nous pas de la médecine d'imagination ? » A des maladies par imagination n'est-il pas logique d'opposer une thérapeutique en rapport ? Nous plaçant à ce point de vue, nous comprendrons ainsi pourquoi telle médication couronnée de succès en un cas a échoué en tel autre. C'est que l'effet psychique n'a pas été produit dans ce dernier.

Si le sujet est réfractaire à tous les degrés de l'hypnose, ou s'il témoigne une extrême répugnance pour ce mode de traitement, il conviendra tout au moins d'agir sur son esprit, d'attirer sa confiance, de lui réitérer souvent la curabilité de son mal, de lui affirmer qu'il guérira certainement et que les accidents dont il souffre ne sont que passagers. C'est ce que M. Charcot a appelé l'entraînement mental progressif.

Dans l'un comme dans l'autre cas, s'il s'agit de paralysies flasques, il est bon d'aider l'action de la suggestion verbale par l'exercice, en réveillant matériellement l'idée du mouvement dans le membre paralysé. On invitera le malade à faire des efforts souvent répétés pour mouvoir ses membres. S'il s'agit

(1) Ch. Féré : La médecine d'imagination. — in Progr. méd. 19 avril, 1884, p. 309.

du membre supérieur on lui donnera un dynamomètre et on l'excitera à des pressions de plus en plus fortes, — ou bien comme M. le professeur Spillmann le fit pour B..., on fixera, à sa portée, un tube de caoutchouc, sur lequel il devra opérer des tractions.

Ceci dit, passons en revue les autres procédés employés pour combattre les accidents hystéro-traumatiques. — Sans rappeler les boulettes fulminantes (*micapanis*, — suggestion sous forme pilulaire), et les injections d'eau claire (suggestion par voie hypodermique), quel peut être au point de vue matériel l'action des miroirs rotatifs employés par M. le docteur Luys, avec succès, contre des accidents nerveux probablement d'ordre dynamique développés chez un sujet atteint de paralysie agitante. Nous comprenons mal les effets produits ainsi par un sommeil mécanique spécial. Et nous croyons plus simple et plus vrai d'invoquer la suggestion.

La suspension agirait-elle différemment? En ce moment, MM. Haushalter et Adam publient, dans le *Progrès médical*, une étude sur ce mode récent de traitement de divers accidents nerveux. Leurs mensurations prouvent qu'il ne saurait guère s'agir d'élongation des racines rachidiennes nerveuses. Et, si nous escomptons leurs conclusions, ils auront démontré que ce n'est là qu'un mode original de suggestion. — Parallèlement aux expériences de suspension verticale faites dans le service de notre maître M. le professeur Spillmann, M. le professeur Bernheim avait institué dans son service la suspension horizontale, par trois lacs supportant le cou, la ceinture et les jambes; — divers accidents nerveux ont été ainsi amendés. Ici il ne s'agit plus certainement d'élongation; et, à moins d'attribuer une action spéciale à la sensation du corps tenu en l'air, et à la peur que les malades ont de se soumettre à ce traitement, il faut encore invoquer la suggestion.

La métallothérapie a-t-elle une autre influence? — Les rondelles de bois ont produit des effets analogues, aussi puissants. Et, d'autre part, nous pourrions rappeler l'expérience faite sur un des malades dont nous avons donné l'observation. M... est anesthésique de tout le corps; on applique, sans rien dire, une pièce d'or sur son pied gauche, et au bout de dix minutes la sensibilité n'est pas revenue. On remet la même pièce au même endroit, en prévenant la malade que la sensibilité va revenir, — et, au bout de dix minutes, celle-ci reparait exactement sur toute la moitié gauche du corps.

Les applications d'aimant pour la restauration de la sensibilité ou de la motilité sont-elles passibles d'une autre explication? — Nous serions tenté de répondre par la négative, mais nous devons cependant rester plus réservé, puisqu'une action électrique, faible il est vrai, peut se produire ainsi sur les nerfs de la région d'application.

Si nous passons à l'électricité nous avons ici une double action à envisager : d'une part l'action de la suggestion que nous retrouverons partout à un degré plus ou moins prononcé, d'autre part l'action de l'excitation électrique portée sur les tissus. Cette excitation peut être salutaire ; elle peut réveiller une sensibilité émue et, par la douleur provoquée, faire disparaître une paralysie. Si nous avons insisté sur l'influence de la suggestion, nous ne voulons pas toutefois nier celle des excitations électriques. — M. Charcot (1) a retiré des bénéfices sérieux de l'emploi de l'électricité statique. Il fait placer ses malades sur des tabourets isolants, et les met en communication avec un des pôles d'une machine électrique.

Le malade électrisé négativement reste ainsi de 15 à 20 minutes dans le bain électrique. Il est de la sorte le siège d'une véritable décharge lente et continue ; mais on peut localiser et activer celle-ci par l'emploi d'*excitateurs*, dont l'extrémité est en pointe ou en boule. Dans ce cas, les sensations sont augmentées, et ce qui n'était qu'un picotement général devient des piqûres multiples. Pour combattre la contracture d'un membre, M. Charcot provoque la contraction sur le membre opposé, en y dirigeant la décharge électrique ; de cette manière il se fait un transfert incomplet, dont la répétition affaiblit et finit par faire disparaître la contracture pathologique.

Par le même procédé, M. Charcot fait disparaître, après quelques oscillations, l'hémianesthésie et l'achromatopsie. — Mais les malades ne sont pas toujours influencés aussi heureusement, et c'est parfois l'indice précurseur d'une crise.

Ce traitement n'agirait pas seulement sur les accidents qu'il atténue, mais encore sur la diathèse. Les malades ont après cela une humeur plus égale, les fonctions digestives plus régulières et surtout pas d'attaques. — Ajoutons cependant que ce mode de traitement est peu accessible à la pratique de la ville.

(1) Charcot. De l'emploi de l'électricité statique en médecine, in Rev. de méd. 1881

A propos du traitement par l'électricité galvanique, nous donnerons encore le résumé d'une observation publiée récemment dans le *Berliner Klinische Wochenschrift*.

OBSERVATION CIV

Chute. — Hémiparésie et hémianesthésie droites.

W... (1), conducteur de train, 54 ans. — Issu d'une famille bien portante, père de trois enfants en bonne santé, — et lui-même sans maladies antérieures. — Tomba en 1881 d'un train en marche, resta une heure sans connaissance et se fit quelques blessures au bras droit et à la nuque; — après 6 semaines de traitement, il n'avait plus qu'un peu de faiblesse dans la jambe et le bras droits. — En 1887 quelques douleurs dans le membre inférieur droit le forcèrent à quitter de nouveau son service pendant 6 semaines. — Enfin le 9 octobre 1888, il se plaint de céphalalgie frontale. — Humeur déprimée. Nutrition générale bonne. Rétrécissement concentrique du champ visuel des 2 côtés. L'ouïe est conservée. Sommeil troublé. Pouls 80. Selles un peu paresseuses. Miction normale. Le bras droit est affaibli. La jambe droite se traîne. Douleurs vives au sacrum, s'irradiant dans la jambe droite. Troubles vaso-moteurs dans les membres parésés. — Hémianesthésie droite (respectant le cou et le visage), — le dos du pied droit est hyperesthésié. — Les réflexes tendineux amplifiés à droite et à gauche. Pas de tremblement.

Traitement : 11 décembre : On fait le simulacre d'une galvanisation de la tête et du cou, — le patient n'éprouve rien de particulier.

12. Application de la brosse faradique avec un très fort courant sur les parties anesthésiées, du côté droit du dos et de la poitrine, sur la jambe et le bras droits. Après une séance de 3/4 d'heure, le patient se sent un peu plus libre au sacrum, et croit sentir le contact du pinceau dans les parties jusque là insensibles.

14. Il marche plus facilement. Nouvelle séance. L'amélioration s'accroît. Seule la plante du pied droit reste insensible.

17 et 18. La paralysie flasque du bas de la cuisse droite a disparu, ainsi que les douleurs.

22. Faradisation énergique de la plante du pied droit. L'anesthésie de cette région persiste. On continue à engager le malade à faire des promenades journalières, sans appui et sans bâton, pour acquérir plus de confiance dans la force de ses jambes.

26. Le malade s'est promené seul. La plante du pied droit reste seule anesthésiée et donne à W... une sensation de cuisson vive. On y applique la brosse faradique et le malade commence à la sentir.

31. Il marche sans canne. Une séance de faradisation ramène la sensibilité dans la plante droite.

3 janvier 1889. — Nuits bonnes. Pas de douleurs. Sensibilité bonne partout; à la plante du pied droit le malade ne sent plus qu'un peu de chatouillements, et quelques légères secousses intermittentes dans la jambe droite. — Nouvelle application de la brosse faradique. La démarche reste un peu incertaine.

(1) D^r Ralf Wichmann : Casuistischer Beitrag zur Electrotherapie des traumatischen Neurose. — in Berl. Klin. Wochenschr. No 26. 1 jul. 1889.

Se rapportant toujours à des excitations mécaniques, citons encore le massage des muscles contracturés, lorsqu'il s'agit de contractures récentes. On débute d'abord par l'effleurage, puis progressivement on en vient à des frictions et des malaxations plus fortes.

En cas de contractures anciennes, ayant pour ainsi dire pris droit de domicile, l'expectation sera souvent de mise, et on devra n'agir qu'avec la plus extrême prudence. Tant que le spasme existe, se bien garder de toute action chirurgicale. Et ce n'est que lorsqu'on se sera assuré qu'il a disparu (la résolution obtenue par le sommeil chloroformique n'augmentant plus la laxité du membre) que, en cas de contracture compliquée d'altérations periarticulaires, l'on devra alors recourir à la section des tendons ou des aponeévroses rétractées.

Le massage s'emploie encore dans les cas où la paralysie sensitive subsiste seule; — on le fait alors sur le bras qui sent, et au bout de quelques minutes ce bras devient anesthésique, par un véritable transfert. La répétition du même phénomène peut amener la guérison.

A la Salpêtrière, M. Gauthiez pratique la flagellation avec le rebord cubital de la main, les doigts étendus et écartés, dans les régions crâniennes correspondantes à la localisation des accidents périphériques.

L'aimant peut provoquer des phénomènes de transfert de la sensibilité et de la motilité dans le membre malade, tandis que les régions correspondantes s'anesthésient, se paralysent ou se contracturent pendant ce temps. Dans le cas d'hémi-anesthésie sensitive et sensorielle, le transfert peut avoir lieu pour toute la moitié du corps. M. Féré aurait noté que ce phénomène s'accompagne d'une céphalagie dont le siège correspondrait aux localisations cérébrales du membre affecté; mais nous devons ajouter que cette opinion n'a pas été admise par tous les observateurs. — Les effets du transfert peuvent persister quelques heures après l'enlèvement de l'aimant. Après un certain nombre de séances, on obtient d'abord l'atténuation des troubles pathologiques, puis leur disparition. — Dans des cas plus heureux, le retour de la sensibilité et de la motilité se fait dans les parties atteintes, sans détriment de la sensibilité et de la motilité des parties opposées, et la guérison se maintient.

M. Babinski (1) a eu l'idée ingénieuse de provoquer le transfert sur une autre personne. Le malade atteint de contracture et un sujet hystéro-épileptique hypnotisé sont placés assis, dos à dos, l'aimant est appliqué à côté du membre supérieur du sujet sain, qui ne tarde pas à reproduire la contracture du sujet malade. Par suggestion on fait disparaître le spasme transmis : et après avoir répété l'expérience un nombre variable de fois, il arrive ordinairement que la contracture du malade disparaît. — Mais par cette méthode les succès ne sont pas constants toujours.

Nous venons de rappeler, d'après les observations qui ont été publiées, en quoi consiste le phénomène du transfert. Mais nous devons ajouter que leur lecture laisse des doutes dans notre esprit et nous nous demandons si, en dehors de toute suggestion consciente ou inconsciente, ces phénomènes existent. A Nancy, M. le professeur Bernheim a tenté en vain de les reproduire, en se plaçant naturellement dans toutes les conditions nécessaires pour qu'aucune suggestion n'ait lieu, c'est-à-dire en se gardant de donner, par quelque manière que ce soit, aucune indication ou notion de transfert au sujet en expérience. Peut-être les expérimentateurs précédents n'ont pas pris toutes les précautions, et ont opéré sur des malades ayant déjà subi un certain entraînement, et nous allions dire une certaine éducation qui leur a fait réaliser, avec une apparence d'ingénuité, les préconceptions de l'hypnotiseur.

En dehors de ces moyens, ou concurremment avec eux, on peut hâter la guérison par l'hydrothérapie sagement administrée. On donnera des douches froides ou tièdes, de 20 à 30 secondes, 2 ou 3 fois la semaine, en jet brisé, en évitant la tête et les points hyperesthésiés, car la projection sur une zone hystérogène peut provoquer des attaques.

On isolera le malade de son milieu habituel, car, suivant l'expression de Ch. Féré, il peut arriver que le sujet à traiter ne soit pas un accident isolé dans sa famille, et il faut éloigner le névropathe de cette atmosphère de névrosité, dans laquelle se trouve sans cesse cultivée l'idée pathogénique.

(1) *Babinski*. Société de biologie, novembre 1886. — Prog. méd. 1885.

Si le sujet est atteint de chlorose ou d'anémie, on traitera l'état général par des reconstituants.

Nous avons omis de parler des antispasmodiques tels que le bromure de potassium, et la valériane, parce qu'ils sont à peu près sans effet sur le système nerveux des malades dont nous nous sommes occupé.

Si nous n'avons rien dit du traitement des blessures qui sont les causes des accidents décrits, c'est que ce traitement n'offre rien de spécial. Et du reste, ce que nous avons dit des incertitudes ou même des impossibilités du diagnostic au début, rendrait toute recommandation superflue.

Nous aurions encore à indiquer que, dans certains cas, un traumatisme accidentel ou opératoire a pu jouer le rôle de cause thérapeutique.

OBSERVATION CV

Coxalgie hystérique guérie par une chute.

Brodie rapporte qu'une jeune fille atteinte de coxalgie hystérique et qu'il était parvenu à faire sortir, monte un jour à âne. Elle tombe sur la jambe malade, aussitôt elle éprouve une sensation de déchirement au niveau de la hanche accompagnée d'une douleur très aiguë qui dure quelques minutes. On la remet à âne, et elle put encore faire une course d'environ une heure. A sa grande surprise la douleur avait entièrement disparu, et elle n'est jamais revenue depuis. La jambe recouvra ses mouvements normaux. Trois mois plus tard cette malade fut reprise d'attaques d'hystérie.

OBSERVATION CVI

Guinon (1) cite le cas d'une jeune fille atteinte de monoplégie brachiale hystéro-traumatique avec mutisme, soignée en 1886 dans le service de M. Troisier, et qui, battue par une de ses camarades de salle, recouvra subitement la voix et le mouvement, sous l'influence, tant de l'émotion que de la violence qu'elle subissait.

C'est encore par le même mécanisme d'une émotion morale vive que les crises convulsives peuvent chez les hystériques mettre fin à une paralysie ou à une contracture.

(1) *G. Guinon*. Les agents provocateurs de l'hystérie, p. 52.

Mais nous ne saurions appeler ces derniers modes de guérison des moyens de traitement, car, outre qu'il serait parfois dangereux de les provoquer, le succès ne suivrait pas infailliblement la tentative.

Il nous resterait à examiner la valeur comparative de ces divers traitements. Nous pensons qu'un résumé statistique des résultats obtenus ne serait pas très démonstratif. Ainsi que nous l'avons dit, ce qui agit, c'est la suggestion. Tout mode de traitement nouveau, par cela qu'il a la vogue et frappe les imaginations, opérera des guérisons. Autrefois c'était le kinkina, ainsi que P. Marie en rapporte un exemple dans le n° du *Progrès médical* du 7 janvier 1887. — Aujourd'hui c'est la suspension.

Tous les traitements n'ont pas été également employés, — et pour nous en tenir à ce qui concerne l'hypnotisme, nous voyons que ce mode de traitement a été ou méconnu ou négligé jusqu'à ce jour par nombre de médecins. En dehors des 16 observations que nous avons empruntées à M. le professeur Bernheim, nous n'avons trouvé que 2 fois la mise en œuvre de la suggestion hypnotique, — et ces deux cas furent suivis de succès. Deux ou trois autres fois nous voyons signaler qu'il a été fait des tentatives restées infructueuses. Et certains auteurs ont peut-être trop insisté jusqu'ici sur la non-suggestibilité des hystériques. Nos conclusions seraient à ce point de vue tout opposées ; et nous sommes enclin à admettre que lorsque l'hypnotisation échoue chez un hystérique, c'est peut-être par le défaut d'art de l'hypnotiseur.

Il peut arriver cependant que la suggestion n'amène pas de résultat heureux, et sur nos 18 observations de traitement par la suggestion hypnotique, nous relevons 2 cas sans succès. Dans l'un, nous avons été conduit à penser que des lésions matérielles étaient venues se substituer aux lésions fonctionnelles du début ; — et dans l'autre, la guérison ne suivit pas les suggestions, mais ne fut obtenue que par l'affectation que l'on mit à ne plus s'occuper de la malade et par son renvoi de l'hôpital.

Ordinairement il a fallu plusieurs séances d'hypnotisation, et nous avons noté dans certains cas des récidives ou des rechutes ; mais il a suffi de quelques suggestions nouvelles pour ramener et confirmer la guérison.

Néanmoins le traitement hypnotique a rencontré et rencontre encore bien des résistances dans le monde médical. Et il y

avait à cela plusieurs raisons sans doute. C'est d'abord que l'on ne connaissait pas ses avantages thérapeutiques. Puis ses détracteurs étaient ardents à en montrer les dangers : la manie hypnotique, les crises hystériques provoquées par l'hypnose, l'état de malaise et de fatigue suivant les séances, les dangers de faire se développer outre mesure la suggestibilité native. — Enfin, n'est pas toujours bon hypnotiseur quiconque veut endormir ; il faut, pour réussir pleinement, de la conviction, du tact et une certaine habileté que donne la pratique. Si l'on en voulait une preuve, nous rappellerions notre observation LXVI, dans laquelle des médecins tentèrent d'hypnotiser Mlle X..., sans obtenir d'amélioration, alors que quelque temps plus tard notre maître, M. le professeur Bernheim, obtenait les résultats que nous avons dits.

Les dangers de l'hypnotisme peuvent être évités. Dans son livre sur la suggestion, notre maître a montré comment le médecin prudent préviendra les crises, donnera au malade un réveil calme et gai. — Et, quant à la manie hypnotique, que certains auteurs allemands, entre autres Mendel, ont accusé l'hypnose de développer, il dépendra du médecin de s'y opposer par une réserve sage. Nous dirions, au reste, que la morphinomanie est née aussi de l'usage thérapeutique de la morphine, et cependant ce n'est pas une raison pour rejeter ce médicament précieux.

Enfin, qu'il nous soit permis d'exprimer le vœu que notre travail, par la publication des observations que nous devons à l'obligeance de notre maître, M. le prof. Bernheim, puisse servir, pour une modeste part, à faire connaître les bienfaits de la psycho-thérapeutique suggestive.

Celle-ci ne trouvera pas dans tous les cas son application, sans doute, mais il sera indiqué d'y recourir avec méthode et prudence.

CONCLUSIONS

1° Consécutivement au traumatisme, il peut se développer, chez certains sujets, des paralysies, contractures ou affections douloureuses, qui par leur mode de début, leur marche, la possibilité de leur guérison brusque se différencient des lésions organiques communes.

2° Ces accidents sont relativement rares, mais leur connaissance importe au médecin, parce qu'ils exigent un mode de traitement spécial.

3° Nous leur conserverons le nom d'hystéro-traumatisme, qui leur a été donné, mais en attachant à ce mot le sens de trouble psychique créé ou révélé par le traumatisme.

Notre opinion est qu'il s'agit, en général, de phénomènes suggestifs nés à l'occasion du traumatisme, chez des sujets que l'hérédité, des maladies antérieures ou des intoxications chroniques, prédisposaient par une excitabilité nerveuse particulière, — ou bien chez des sujets que le choc nerveux intense accompagnant l'accident a placés en état de réceptivité spéciale.

4° Nés d'une suggestion, ces troubles moteurs ou sensitifs, purement fonctionnels et *sine materia*, — hormis les exceptions indiquées (troubles trophiques, rétractions tendineuses, dégénérescence ou sclérose) — seront surtout et avant tout passibles d'une contre-suggestion dont les modes peuvent être d'une infinie variété.

Vu :

Le Président de thèse,

BERNHEIM.

Nancy, le 24 Décembre 1889.

Vu et permis d'imprimer,

Nancy, le 24 Décembre 1889.

Le Recteur,

M. MOURIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- SIR B.-C. BRODIE. — Lecture illustrative of certain local nervous affections. — London, 1837.
- Lecture 11, various forms local hysterical affections. (Traduction franç. par le Dr Douglas Aigre. Paris, 1880).
- ABERCROMBIE. — On the intellectual powers, (v. p. 398).
- BRAID. — Neurypnologie, (1841). Trad. de l'anglais par J. Simon, avec préface de Brown-Séquard, Paris, 1883.
- RUSSEL REYNOLDS. — Remarks on paralysies and other disorders of motion and sensation dependant of Idea, read to the medical section at the annual meeting of the British medical association. (Leeds, july 1869. — in British med. journal, 2 oct., 6 nov., 1869. T. II.
- John Eric ERICHSEN. — On railway and other injuries of the nervous system. London, 1866.
- HODGES. — Proceedings of the Bost. society for med. improv. (Lancet febr. 5. 1880).
- So called concussion of the spinal cord. Bost. med. and surg. journ., No. 16. 1881.
- Herbert PAGE. — Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shock in their surgical and medico-legal aspects, 1883.
- WALTON. — Case of typical hysterical hemianaesthesia in a man, following injury. (Arch. of med., vol. X. 1883).
- Possible cerebral origin of the symptoms usually classed under railway-spine. (Boston med. and surg. Journ., n° 15. 1883), (et encore : Boston med. and surg. Journal, 11 déc. 1884).
- James PUTNAM. — Recent investigations in to the pathol. of so called concussion of the spine. (Bost. med. a. surg. Journ. No. 10. 1883, etc....)
- S. WEIR MITCHELL. — Lectures on diseases of the nervous system especially in woman. (2^e édit. Philadelphie, 1885.)

- F.-A. DUCHESNE. — Des chemins de fer et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs. — Paris, 1857.
- M.-A.-C. ROBERT. — Conférences de clinique chirurgicale, rec. p. le Dr Doumic. (V. chap. XVI. — Coxalgie hystérique, p. 450).
- LEUDET. — Archives générales de médecine. 1860. Série VI, vol. 1^{er}.
— Clinique médicale de l'hôtel-Dieu de Rouen, 1874.
- CROLAS. — De la coxalgie hystérique. — Th. Montpellier, 1865.
- TARDIEU. — Blessures par imprudence, homicides et coups involontaires. (In Ann. d'hyg. publique et de méd. légale. 1871, 2^e série. XXXV.)
- TRÉLAT. — In Union méd. 1876. T. I. p. 511. — Obs. rec. p. Decaisne.
- LASÈGUE. — Des hystéries périphériques. — Arch. de médecine, — juin 1878.
- J.-M. CHARCOT. — Œuvr. compl. 1886, t. I, p. 449, — et Progr. méd. 3 mai 1878. — De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale.
— Œuvr. compl. 1886, t. III, 3^e lec. : Contractures d'origine traumatique.
— 7^e et 8^e lec. : 2 cas de contracture hystérique, d'origine traumatique.
— 18^e et 19^e lec. : Sur 2 cas de monoplégie brachiale hystérique, de cause traumatique, chez l'homme. — 23^e, 24^e lec. : Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique, chez l'homme. — 25^e lec. : Sur un cas de contracture spasmodique, — en conséquence de l'application d'un appareil à fracture.
— Lezioni cliniche dell'anno scolastico 1884. — Sulte malattia del sistema nervoso. — Redatte dal Dr D. Milliotti. — Sulte paralisi psichiche, p. 103, 110. — Milano 1885.
— Leçons du mardi à la Salpêtrière. Policlinique, 1887-1888, 1888-1889.
— Sur les paralysies psychiques, — in Bullet. méd. 1888, n^o 14.
— Les accidents de chemin de fer, — in Gaz. des Hôpitaux. 6 décembre 1888.
- LOBER. — Paralysies, contractures et affections douloureuses de cause psychique. — Th. d'agrég., Paris, 1886.
- J.-B.-Gilbert RENARD. — De la contracture hystéro-traumatique. — Th. Paris, 1886.
- Charles BATAILLE. — Traumatisme et névropathie. — Th. Paris, 1887.
- Paul BERBEZ. — Hystérie et traumatisme. — Th. Paris, 1887.
- E. MÉCHIN. — Contribution à l'étude des monoplégies brachiales hystériques. — Th. Paris, 1887.
- E.-H.-M. THYSSEN. — Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique. Th. Paris, 1888.
- Georges GUINON. — De l'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie. (in Rev. de Chir. T. VIII., 1888. p. 930).
— A propos de deux travaux récents sur l'hystérie traumatique. (in Progr. méd., 3 nov. 1888),

- Charles VIBERT. — Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer. — Paris 1888.
 — Etude médico-légale sur les conséquences des blessures produites par accidents de chemins de fer. (in Annales d'Hygiène publique, 1888).
 — Réponse à P. Berbez, in Gaz. hebdomadaire n° 15. 13 avril 1888.
- J. GRASSET. — Leçons sur l'hystéro-traumatisme, — rec. p. L. Bourguet, Montpellier 1889.
- ROUGIER. — Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme. — Th. Paris, 1889.
- LEYDEN. — Lehrbuch der Rückenmarkskrankheiten, 1875.
- ERB. — Ziemssen's Handbuch : Krankheiten des Nervensystems, I. Zweite Hälfte, 1876.
- BERNHARDT. — Berl. Klin. Wochenschr. 1876, n° 20,
- WESTPHALL. — Berl. Klin. Wochenschr 1879. S. 125.
 — Charité-Annalen, 1880 (Jahrg. 1878).
- RIGLER. — Ueber die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen, etc., Berlin, 1879.
- MOELL. Ueber psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen. (in Berl. Klin. Wochenschrift, 1881, n° 2).
- OPPENHEIM und THOMSEN. — Zur Lehre der sensor. Anaesthesien. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1884. No. 5).
 — Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anaesthesien, etc (Arch. f. Psych. Bd. XV, H. 2).
- OPPENHEIM. — Weitere Mittheilungen über die sich Kopfverletzungen etc., anschliessenden Erkrankungen des Nervensystems. (Arch. f. Psych. Bd. XVI. H. 3).
 — Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzufassen, etc. (Berl. Klin. Wochenschrift 1888. No. 9).
 — Die traumatischen Neurosen. (Berlin. 1889).
- Adolf STRÜMPPELL. — Ueber die traumatischen Neurosen (in Berliner Klinik. Heft 3. Berlin 1888).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I ^{er} . — Historique.....	5
CHAPITRE II. — Symptomatologie et Observations.	
Considérations générales.....	18
§ I ^{er} . — Paralysies flasques.....	23
§ II. — Contractures.....	42
§ III. — Mouvements involontaires.....	62
§ IV. — Arthralgies.....	66
§ V. — Affections douloureuses.....	77
§ VI. — Crises hystériques.....	81
§ VII. — Viscéralgies.....	85
§ VIII. — Cas complexes.....	92
CHAPITRE III. — Etiologie.....	103
CHAPITRE IV. — Nature de ces accidents.....	107
CHAPITRE V. — Diagnostic et pronostic.....	120
CHAPITRE VI. — Considérations juridiques.....	131
CHAPITRE VII. — Traitement.....	136
CONCLUSIONS.....	147
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	148

